

وأما معالجة المرمى به، فما لم يستعمل قيم الاستنزافات الدموية العامة
والموضعية والمحولات الجلدية والمعنوية وهذه الوسائط تستعمل متى كان
الاحتقان الكلى شديدا بشرط أن لا توجد موانع تمنع من استعمال
الاستنزافات الدموية المذكورة في الاحتقانات الكلى الاحتسابية
الناجمة عن آفات عضوية مرضية وغير متعادلة في صمامات القلب تستعمل
البحالة لاجل تقوية الضغط الباطني في المجموع الشرياني والمقويات
كالأغذية المقوية والمركبات الحديدية والنيذ وغير ذلك

المبحث الثاني في التزيف الكلى

كيفية الظهور والاسباب

التزيف الكلى يحصل من جملة اسباب منها الجروح الكلى ومرض الكلى
واصابات جرحية أخرى فيما واكثر هذه الاصابات حصولا ما ينبع عن
الحصيات الكلى في الحويض وقد ذكر المعلم ريبه حالة عند شخص مصاب
بحصيات كلى في الحويض كان يحصل عنده نزيف كلى كما ركب
الحسيل ومنها انه يحصل هذا التزيف من غرق الاوعية الشعرية الكلى
المختقة احكاما عتيا كما يشاهد ذلك في احوال الاحتقان الدموي الذي
يعقب الدور الزل من الانتهاب الكلى الجوهرى اذا كان أو من منا
والذي ينشأ من استعمال المدرات البولية المهيجة والذي يضاعف بعض
الحيات الثقيلة كالتبعم والجدرى والخسبة والتمم الاجامى ونحو ذلك
وكثيرا ما يحدث هذا التزيف عن الاحتقان الذي يحصل في محيط التولدات
العملية او بعض الاستحالات المرضية مما الاستحالات السرطانية ويكون
في هذه الحالة خزر راجا كما يشاهد ايضا في الاحتقان الاحتسابى الشديد
الذي ينتج من اعراض القلب او اعراض الرئتين ومنها انه يحصل بندرة
من الديانير الدموي أى مالة تشغير الغذاء المجهول الذي يحصل في بندرة
الاوعية ويكون ينوعا الظهور الاعراض الاسكر بوطية والفرقة والجدرى
الدموي حصولا ذاتيا بأسباب محلية في بعض السلال الحارة جدا كجزيرة
فرنسا وصعيد مصر (وكذا الوجه البحرى منها) والبراريل ونحو ذلك

ولا يعرف حقيقة سببه معرفة تامة والغالب ان منشأه طفيلي

(تنبيه) كثير ما يشاهد البول الدموي المحملي بمصر مدة سنة واحدة بعض الاطفال من عدة سنين وبالبحث المكثري يشاهد فيه من الديدان المسماة بالبيلهاريسية التي استكشفتها المعلم بلهارس في دم اوردته البطن السفلى سيما الاجوف والوريد الباب

وهناك شكل مخصوص في التزيف الكاوي وهو السدد الدموية الكاوية وذلك يحصل كحصوله في الطحال وكثيرا ما يكون ذلك متعلقا بوجوده سدد دموية سيارة

واما السكتة الكاوية فكثيرا ما تنتج عن الجروح او الرض الشديد وقال روكنسكي انها تحصل احيانا عند الاطفال عقب الاحتقان الكاوي الشديد

* (الصفات التشريحية) *

قد ينصب الدم في الاخلية الطبيعية لجوهر الكلية بدون تغير واضح في تغذيتها وهذه الكيفية يحصل كدم ويقع جمر مختلفة الاتساع يسيل منها الدم عقب شقها وتوجد هذه البقع الدموية اسفل الطبقة القمعية وفي نفس جوهر الكلية وفي الجدرى ومماثلة من الاحوال المرضية يكون الغشاء المخاطي للعويض يجوار البقع الايكوزية في الجوهر الكاوي متلونا بلون احمر منتظما وثقينا جدا (أي مرثضا بالدم) وسطحه الظاهر غير مستو واما السدد الكاوية فنظها اذا كانت حديثة على شكل بورات حردا كنة ذات شكل مثلثاتة نحو فرجة الكلية وعند مكث هذا التجمع الدموي زمانا طويلا يهت لون البورة في مركزها ثم يتحول الى مادة مصفرة جبنية وقد يتحلل ويفسد فينتج عن ذلك خراجات كاوية محتوية على صديد مصفر يحتوي ابتداء على جريثات من الجوهر الكاوي المتلاشي ثم على كرات صديدية وبالجملة فقد تمتص هذه المواد الجبنية أو الصديدية فيبقى محل السدة الدموية الكاوية انبعاج كاوي ندبي

واما السكتة الكاوية فنجلسها الجوهر النخاعي غالبا ويتكون في جوهر

الكلية المتفرقة لجملة بورات مختلفة العظم محتوية على دم منعقد وبقايا متفرقة من القنوات البولية ويظهر ان كلام السدد الدموية والبورات السكتية يشفى بعدم كابدته للاستحالة التجمعية وامتصاص مقصدها فيخلف ذلك نذب التهامية منه كشدة وأما الدم الذي ينسكب في القنوات البولية فقد ينعقد جزء منه ويتكون عنه اسطوانات ليفية مرصعة بعسكات دموية كثيرة وقد يوجد في الاخلية البشرية للقنوات البولية وفي المحافظ الملبسية كرات بجمنية حبيبية وهي مقصلات انسكابات دموية قديمة

* (الاعراض والسير)

التزيف الكلوي لا يمكن تشخيصه الا اذا انسكب الدم في القنوات البولية وخرج جزء منه مع البول ولذا يشاهد بكثرة في جفة بعض الاشخاص كدم أو بورات سكتية أو سدد دموية بدون ان يظهر عنها اعراض مدة الحياة وذلك لعدم وصول الدم الى القنوات البولية ويكتسب البول في الاحوال التي يكون فيها مزوجا بكمية قليلة من الدم لونا محمرا ومخاضا مخصوصا عند سقوط الضوء عليه ولونا أحمر قانيا كثيرا أو قليلا عند مرور الضوء فيه وعند تركه ساكنا يرسب منه راسب مرمق خالي واذا غلى البول المحتوي على الدم أو أضيف اليه نقط من حمض النتريك يرسب منه راسب زلال آت من مصل الدم وبالبحت الميكروسكوبي هن هذا الراسب يشاهد فيه كرات دموية أما متغيرة أولا ومن الامور المشخصة للتزيف الكلوي وجود الاسطوانات الليفية المرصعة بكثير من الكرات الدموية وهالك بحت كيماء البول منسوب للعلم هل به يقيس للطبيب معرفة وجود الدم في البول ولوقايلا وذلك ان بعض البول المراد البحت عنه ثم يضاف اليه محلول البوتاسا الكاوية ويسخن ثانيا فينبثق ترسب الاملاح الفسفاتية مع المادة الملونة للدم التي تكسب الراسب لونا أصفر محمرا ومخاضا عند النظر اليه بالضوء الساقط ولونا أحمر قانيا عند النظر اليه بالضوء النافذ وحيث ان كلامنا عن المادة الملونة للبول والصفر لا يرسب مع الاملاح الفسفاتية فلا يفسد لون البول الذي به هذه المثابة لسكتا المادتين الملوتين والاحوال التي يكون فيها البول مزوجا بكمية عظيمة من الدم يكون لونه أحمر داكنا أو أصفر محمرا وعند تركه ساكنا

يتكون في قاع الاغارة لعة دموية ولا يسدر ان مقدار جزء من الدم في المثانة
وحية ثم يكون خروج الانقادات الدموية من المثانة مصحوبا بالام شديدة
وقد ينقص الدم مدة مروره من الحالبين فينشأ عنه الاعراض المعروفة
بالنقص الكلوى ويخرج مع البول اذ ذلك تعقدات دموية مستعيلة دودية
الشكل مكتسبة شكل الحالبين

ثم ان سير التزيف الكلوى يتعلق بسير المرض الاصلى والتزيف الكلوى
الناشئ عن حصيات في الحويض يظهر زمنا في مناهق الجهدات الجسمية
الشديدة غالبا واما التزيف الكلوى الناشئ عن تولدات مرضية جديدة سيما
السرطان فيكون عادة مستعصيا وغزيرا واما التزيف الكلوى الذى يصعب
التغيرات الالتهابية والامراض التسممية العامة وكذا الذى ينتج عن
احتقانات احتباسية شديدة والذى يكون ظاهرة اسكر بوطية فيندران
يكون غزيرا جدا واما التزيف الكلوى الوطنى في البلاد الحارة جدا فقيه
يحصل فقد دموى غزير دورى والتجمعات الكلوية الدموية المعروفة بالسدد
الكلوية التى فيها يكون البول مختزجا بقليل من الدم يشتد حصولها
أحيانا بشعريرة والام شديدة في القسم الكلوى وفى مجباتوى شديدة ومتى
وجدت هذه الاعراض أعنى القشعريرة والالام في القسم الكلوى والقئ
والبول الدموى عند شخص مصاب بمرض في القلب سهل تشخيص السدد
الكلوية التى يعسر تشخيصها جدا عندهم وجود الاعراض المذكورة
وتعطى السكتة الكلوية باعراض مماثلة لذلك لكنها تكون أكثر
حدة منها

وانتهاء التزيف الكلوى لا يمكننا بيانها مع التفصيل الا بذكر المرض الاصلى
وبالجملة فالنزيف الكلوى الذى يهلك المريض بسبب غزارته هو الذى يكون
متعلقا باستسالات سرطانية أو تكونات حصوية كلوية أو الشكل الوطنى
الموجود في البلاد الحارة جدا

(المعالجة)

معالجة التزيف الكلوى ينبغى فيها أولا مقاومة كل من الاحتقان
والالتهاب الكلويين أو المرض الاصلى العمومى المتعلق هو به وفى الاحوال

التي يقيم فيها الطبيب اجراء ذلك مع النجاسات لاحتياجها التزيف الكاوي
في حد ذاتها لمعالجة مخصوصة لكن الامور التي يكون فيها غزير كالكسكس
الناجم عن الحصيات الكاوية أو المرطبان ينبغي فيها معالجة مخصوصة
خوفا من هوكة المريض والموصى باستعماله في مثل هذه الاحوال التبريد
الشديد في القدم الكاوي بواسطة مثانة مملوءة من الجليد والحامات الجلوسية
الباردة والحقن الباردة أيضا واستعمال الجواهر الموقفة للتزيف من الباطن
على التعاقب لاسيما التنسين الذي يقرر من الكلية على هيئة حمض
العنبريك وبذلك يؤثر على الصفر الذي تأثر بموضعا وز يادة عن ذلك
يمكن في الاحوال الشديدة الخطر استعمال الجلودار أو الجلودارين لكن
بقدر عظيم وأما الاستحضارات الحسديدة فمفتحة في مثل هذه الاحوال
انما هو لاجل مقاومة فقر الدم

* (التهابات الكليتين) *

هناك التهابات كلوية تصيب الكليتين في أصغار محدودة على شكل
بورات محدودة (تسمى بالتهابات الكاوية المحدودة) وحمى التهابات أخرى
تتمدد على الكلية وتكاد دائما تصيب الكليتين معاً في آن واحد فمن هذه
الالتهابات أمراض بركت الآتية آنفا

* (المبحث الثالث) *

في داء بركت الحاد المعروف بالتهاب الكاوي الحاد المنتشر وبالتهاب
الكاوي اللين الحاد أي ذى الغشاء الكاذب

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يعني بداء بركت شكلان من التهاب الكاوي فالاول الذي نحن بصدد
وهو الحاد يطابق بالكلية للتغيرات التمريرية للحمى الديكي والتهاب
الرئوي اللين وذلك أنه من جهة يؤدي لتسكون نضج لبني منعقد مائي
للقنوات البولية ومشتمل على الاخلية البشرية والكرات الدموية المنسكبة
ومن جهة أخرى يكون نقر يباذ اسير حاد على الدوام وعنما قليل ينتهي اما

بالشفا وهو الغالب أو بالموت ويندر أن يستحيل إلى الشكل الثاني وهو المزمن الذي هو عبارة عن التهاب كلوى جوهرى وسنتكلم عليه في البحث الآتى ومن ذلك بتمنخ وجه جعل داء بريكت الحاد مرضا مستقلا على حدته وتمييزه عن المزمن وأما تميمته بالالتهاب الكلوى ذى الغشاء الكاذب كما جرت على ذلك فى الطبقات المتقدمة فليس فيه كبير فائدة فإنى اعترف أن من المشكوك فيه كون النضج المائى للقنوات البولية والسادهاء متكونا من مواد ليفية منعقدة كما فى التهاب الحصى والرئوى الليفيين كما فى الانكسار الاخلية البشرية للقنوات البولية فى هذا المرض تكون مشتركة بدرجة عظيمة فى الاضطراب الغذائى الاتهابى أكثر منه فى الاخلية البشرية الحصى والرئوى فى التهاب الحصى والرئوى الليفيين

ثم إن داء بريكت الحاد يكون أولا مضاعفة كثيرة الحصول للقرمزية ومن المشهور عند العوام أن موت الاطفال بالاستسقا اللحمى عقب القرمزية منسوب لعدم الاحتراس لهم فيقال ان تغيير الملابس بسرعة قبل انتهاء المرض بالكلية أو تعرض الاطفال للهواء البارد هو السبب فى حصول الاستسقا والهلاك وينبنى على ذلك الاعتقاد تأسف كثير من الامهات لزعمهن انهن فرطن فى الحرص على أولادهن من البرد ومن الجائز أن ينشأ عن تأثير البرد على الجلد مدة القرمزية فى بعض الاحوال هذا المرض وأقل ما هنالك يساعد على حصوله لكن فى أغلب الاحوال ليس الامر كما ذكر فان التمسك بالسقم القرمضى ينتج عنه زيادة عن التغيرات الجلدية على الدوام تغيرات فى الحلق والكليتين وهى فى أغلب الاوية عبارة عن مجرد احتقان فى هذه الاعضاء وتؤدى لحصول الاعراض التزلية فى الحلق أى الذبحة القرمزية ولاعراض الاحتقان الكلوى التواردى الشديد المذكور فى البحث السابق لكن هناك أويضة قرمزية خبيثة فيها تنقل الاضطرابات الغذائية فى الاعضاء المذكورة جدا ففى مثل هذه الاحوال يكاد يحصل على الدوام بدلا عن الالتهاب التزلى للحلق التهاب دفتيرى وبدلا عن الاحتقان الكلوى البسيط التهاب ذو غشاء كاذب فى القنوات البولية وفى مثل هذه الاوية يهلك عدد عظيم من الاطفال

بالاستسقاء العموي ايا كان الاحتراس وفي اورية اخرى تبقى الاطفال سليمة
من ذلك ولومع عدم الاحتراس واما حصول الالتهاب الكلوي المنتشر
الليفي من الميازما الحصية او التيفوسية والاجابية فانه نادر

ثانيا قد يحصل داء بريكت الحاد مدة سير التيفويد الهيمضي واعتبار بعض
الاطبا كونه مضاعفة لازمة لهذه الحالة بل سببا اصليا لهذا المرض التايبي
للهيضة الكثير الحصول غير واضح ونحن وان لم نقل بهذا الرأي الاخير
لما شهدنا كثرة هلاك المرضى المصابة بالتيفويد الهيمضي عقب اقراز بولي
زلاي غزير لانكر كثرة مضاعفة داء بريكت الحاد للتيفويد الهيمضي وليس
من المعلوم جيدا ان كان الالتهاب الكلوي ذوالغشاء الكاذب في مثل
هذه الاحوال ينسب لوقوف الدورة وكثافة الدم في الدو والجلبدي الهيمضي
الذي ينتج عن احتقان الاوعية الشعرية الكلوية وانسدادهما بسبب تراكم
السكرات الدموية وخروج سائل الدم وانسكابه في القنوات البولية او الى
تسمم الدم وان هذا الالتهاب الكلوي وكذا بقية الالتهابات التي تشاهد
في التيفويد الهيمضي تنسب لثمم الدم بالسم الهيمضي

ثالثا يندر جدا حصول داء بريكت الحاد عند الاشخاص السليمي البنية
عقب الرض على قسم الكلية واستعمال الجواهر المدرة للبول الحريضة
وتأثير البرد واسباب أخرى مجهولة

* (الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التي تشاهد في جثة الاشخاص الذين هلكوا بهذا المرض
تطابق تبعا للمعلم فريركس التغيرات التي تشاهد في الدور الاول أي دور
الاحتقان والنضح الابتدائي للالتهاب الكلوي الجوهرى المعروف بداء
بريكت المزمن فتظهر الكلية متزايدة في الحجم والوزن بحيث تسبب ضعف
الحالة الطبيعية تقريبا وتكون ذات سطح أملس ومحفظتها البنية محتقنة
سهلة الانفصال عن جوهرها والجوهر القشري الناتج عن انتفاخه واحتقانه
ازداد حجم هذا العضو يكون ذالون احمر كالب ام احمر مسمر كثيرا وقليل اها
سمل الترقق وعند شقه يسيل منه سائل لزج دموي وتظهر على سطحه بل
وفي طبقاته الغائرة تقط شجرة داكنة وكذا الاجسام الهرمية تكون محتقنة

مخططة بخطوط معجزة وكثيرا ما يوجد في كؤس الكلية وحويضها سائل عكر
دموي وبالبحت بالسكرسكوب لا يشاهد منسوج الكلية متغيرا تغيرا عظيما
واللغايف الوعائية تكون كثيرة الوضوح بسبب احتقانها بالدم ويكاد يوجد على
الدوام انسكاب دموي في المحافظ الملحية وفي القنوات البولية ومن ذلك
تنمخ النقط الجر التي ذكرناها وكذا يوجد بين القنوات البولية وتحت الطبقة
الغمدية نضج التهابي والقنوات البولية خصوصا الجوهر القشري تكون
ممتلئة بمواد ليفية منعقدة واذا ضغطت على الكلية المنشقة وخرج منها السائل
شاهد فيه بالبحت المكرسكوني المواد الليفية المنعقدة على شكل اسطوانات
مستوية فتكون على شكل القنوات البولية كأنها منطبعة فيها وكثيرا
من هذه القنوات ما يكون مغطى باخلية بشرية وكرات دموية واما الاخلية
البشرية فلا تكون متغيرة تغيرا عظيما

* (الاعراض والسير) *

هذا الداء يظهر احيانا حال ابتدائه بنوبة قشعريرة تعقبها حرارة عمومية والم
شديد في القسم الكلوي وهذه الاعراض تكاد تصطب على الدوام بقى
سمبا توى كثير الشدة أو قليلها بل التي العرضى هو العلامة الملازمة لمرض
الكلية زيادة عن الحمى والالم في القسم الكلوي ولذا على الطبيب ايصاء أهل
الاطفال المصابين بالقرمزية بالالتفات الى هذا العرض ونذب الطبيب
للاسعاف حين طرؤه وزيادة عن ذلك فحص المرضى بزجج بولى متكرر لكن
لا يخرج كل مرة الانقط قليلة من البول وقد يحصل تناقص عظيم جدا في
الافراز البولى بحيث ان الذى يخرج منه في مدة أربع وعشر ين ساعة لا يكون
الا بعض او آق قليلة وهذا البول يكون ذا وزن فزنى ثقيل ويظهر فيه وقصبا
لون مدموم وغالبيا يكون متعكرا وذا اللون أحمر مسمر وسخ كأنما اضيف اليه مواد
وسنة ويكتسب كل من الراسب والبول نفسه هذا اللون الوسخ بحيث يتيسر
للطبيب المقرن تشخيص هذا المرض تقرر يبا يجرد النظر وتكون كمية
المواد الرالالية المحتوى عليها البول عظيمة جدا بحيث اذا غلى أو اضيف اليه
بعض نقط من حمض الازوتيك انعقد منه نحو النصف أو الثلث واذا بحث عن

الراسب بالمسكر سكوب يوجد فيه اخلية بشرية بكثرة تأتي من القنوات
والمسالك البولية وكية عظيمة من الكرات الدموية واسطوانات ليفية
مرصعة بكرات دموية أيضا ويحصل ارتشاح استسقاء عام في هذا المرض
وكثيرا ما يصل في اغلب الاحوال الى اقصى درجة بسرعة بحيث
ينتفخ كل من الوجه والايدي والاطراف السفلى وتوزر الجلد يكون عظيم
جدا بسبب الانتفاخ العظيم الحاد بحيث ان ضغط الاصبع يزول بسرعة
والارتشاح الاستسقاء في هذا الداء يسيل عظيم للتنقل كما يشاهد ذلك
في التهاب الكلى الجوهرى بحيث ان بعض الاجزاء ينتفخ والبعض
الآخر يزول انتفاخه

وفي الاحوال التي يكون فيها سير هذا المرض جيدا تزول الانعقادات الليفية
السادة للقنوات البولية فيزداد افراز البول ويصير غزيرا وتنقص مادته
الزلالية وزول أيضا الاستسقاء العام الذي ينسب هذا العوق الافراز البولي
أكثر من نسبته لتناقص المادة الزلالية من الدم وفقده وسيلته وفي الاحوال
المسيدة جدا قد ينهي المرض في مدة اسبوع أو اسبوعين بدون ان تقطعه
عواقب مضرة

وفي أحوال كثيرة قد ينضم لمجموع اعراض هذا المرض اعراض التهاب
الرئوى أو البليوروى أو التامورى أو البريتونى الحاد وهذه المضاعفات
هى التي تكون سببا في هلاك المرضى المصابين بهذا المرض

وفي احوال اخرى اندر من السابقة قد يؤدي هذا المرض للتشمع البولى ومن
الواضح ان انقطاع الافراز البولى ينتج عنه تراكم مواد غريبة في الدم تؤثر
تأثيرا مضرا في التغذية ووظائف الاعضاء المختلفة فنسب ذلك ابتداء لتراكم
البولى في الدم حيث كانت أكثر العناصر الصلبة للبول وجودا ومعرفة
وقيل ان تراكمها فيه ينتج عنه التشوهات والحدوشلل المجموع العصبى
بتمامه ففى ظهرت هذه الاعراض عند تشخص معه انقطاع افراز البول
يقال انه مصاب بالتشمع البولى ثم ذهب فريركس في العصر الاخير الى عدم
نسبة مجموع هذه الاعراض لتراكم البولى في الدم بل لكرينات النوشادر
المختصلة من تحلل البولى لكن رفض هذا رأى الاخير فحينئذ

ينبغي ان نقول لانعلم حقيقة تركيب المواد الغريبة التي تبقى في الدم عقب
انقطاع الافراز البولي فتؤثر في البنية تأثير امضراتهم ان مجموع امراض
القصم البولي وان كان نادرا الحصول في احوال الالتهاب الكلوي الذي نحن
بصدده الا انه من المهم بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض ومعالجته عدم
نسبة التشخيصات والتخدر مدة سير هذا المرض لحالة التهاب ونضج في الدماغ
بل من تسمم الدم وفساد تغذية الدماغ بالمواد الغريبة المتخمل بها الدم فان
هناك احوالا كثيرة فيها يزول كل من التشخيصات والتخدر عقب رجوع
الافراز البولي مع الغزارة ويسير المرض سيرا جيدا

وقد يستحيل داء بريكت الحاد الى الالتهاب الكلوي الجوهري اى داء
بريكت المزمن وفي مثل هذه الاحوال النادرة التي وان حصل فيها تحسين
وقتي لشفاء تام يستمر البول الزلالي مع المرض حتى تنضج امراضه

* (المعالجة) *

تستعمل الاستغراغات الدموية الموضعية بواسطة العلق أو المحاجم
التشريطية بنجاح في الاحوال الحديثة وفي الاغصان أصحاب البنية القوية
وتكرر هذه الاستغراغات الدموية عند الاقتضاء ان لاح فحاجها باول مرة
في الغالب واما الاستغراغات الدموية العامة فتجنب غالباً لانها تعين على
فقر الدم المهدد بمحصوله هذا المرض وكذا ينبغي تجنب استعمال الجواهر
المعروفة بمضادات الالتهاب كالزبيب الحلو واما استعمال الحمامات الحارة
وان الجسم بعد ذلك بلغايف من الصوف لاجل احداث عرق غزير فيفضل
جداع باقى المعرفات التي تعطى من الباطن وسنشرح هذه المعالجة تفصيلا
هي واظهار نجاحها الجيد في المبحث الآتى عند الكلام على الالتهاب
الكلوي الجوهري واذا كان مع المريض امساك ينبغي استعمال بعض
المسهلات الشديدة كالجلية والسنا المسكى والارنداذ بتأثير هذه الجواهر
على سطح الامعاء الباطن واحداثها افراز امهلي اغزير يمكن ان تؤثر تأثيرا
جيدا على الاستشفاء العام ولوان هناك احوالا يحصل فيها اسهال غزير جدا
ومع ذلك يحصل تقدم وازدياد عظيم في الاستشفاء المذكور والاجود في

المشروبات عند انحطاط هذا المرض المياه المعدنية الحضية الغازية وينبغي ان يعطى من هذه المياه مقدار عظيم جدا فانه بازدياد الضغط الجانبي في الغلاف الوعائية والافراز الغزير منها يمكن دفع المواد البقية السادة للقنوات البولية وقذفها واما المدرات البولية الحريفة فلا ينبغي اعطاؤها لوجود حالة النهائية في الكلية وفي اثناء النفاة وكذلك في الاحوال المستطيلة تفضل الاغذية المحتوية على كثير من الزلال بكمية عظيمة والكيما والاسهضانات الحديدية والكيينية لاجل مقاومة فقر الدم

المبحث الرابع في داء البريكت المزمن
المعروف بالالتهاب الكلوي الجوهري
(* كيفية الظهور والاسباب *)

في الالتهاب الكلوي الجوهري يعترى الاخلية البشرية للقنوات البولية التغيرات الواصفة لباقي الالتهابات الجوهريية فتنتفخ ابتداء عقب ارتشاحها بمادة زلالية انتفاخا عظيما ثم يكابد مقصلا استعمالا شحمية وبذلك تسهيل الاخلية البشرية تدريجا الى حبيسات شحمية ثم يزول غلافها الخلوي حينئذ تظهر نقط شحمية سايبة في القنوات البولية وفي اثناء حصول هذه التغيرات الرثة التي تكابد بها الكلية يحصل في القنوات البولية تجمع نضج ليبي غالبا في بعض الاحوال يحصل نفوق المنسوج الخلوي بين جوهر الكلية والضمور الكلوي الذي يحصل فيها بعد هو الانتهاء الاعتيادي الذي يعقب التغيرات الالتهابية المذكورة ثم ان الالتهاب الكلوي الجوهري مرض كثير الحصول والاستعداد للاصابة به في سن الطفولة اقل منه في بقية اطوار الحياة وتصاب به الذكور اكثر من الاناث والاشخاص الضعفاء البنية المنوكون اكثر من الاقويا ولذا تصاب به الفقراء اكثر تعرضهم للتوترات المضرة اكثر من الاغنياء واما الاسباب المقتمة لهذا المرض فهي اولاً تأثير البرد والرطوبة الشديدة الوقتية لاسيما تأثيرها المستقر ولذا يشاهد هذا المرض بكثرة في البلاد الباردة كالكثرة في هولندا والسويد اوشواطي المانيا اسواء الشواطي الشمالية

والشرقية ثانيا قد يحصل من الافراط في استعمال المسدرات البولية الحريضة ومن استعمال الكبابية الصيني ويلسم الكوباي بغير احتراص ثالثا وهو الاكثر من الافراط في المشروبات الروحية ولذا يكثر وجود هذا المرض عند الاثنا عشر المدمنين على تعاطي المشروبات الروحية كما يكثر وجود السيروز الكبدي عندهم والتوجيه الفسيولوجي في ذلك غير واضح لكن حيث ثبت بالتجارب الجديدة ان جميع الكؤل الممتص لا يحترق في الدم بشامه كما كان يظن سابقا بل يتقلد منه جزء عظيم على حالته مع البول فمن الجائز ان التغير الكلوي يكون سببه تأثير الكؤل على الكلية تأثيرا موضعيا عند الاثنا عشر المفرطين من تعاطيه كما يؤثر في احداثه لسيروز الكبد بمراتبها كثيرا ما يضاعف هذا المرض النقصات المزمنة وتسوس العظام وتتركزها ولذا يوجد في قاعات الجرحى بكثرة ولوان هذه المؤثرات المرضية المذكورة تحدث الاستحالة النشوية الكلوية أكثر من احداثها لهذا المرض ومع اننا لا نعلم التوجيه الفسيولوجي والارتباط السببي بين هذه الاحوال المنهكة المذكورة والمرض الذي نحن بصدده نرى ان حصول هذا المرض في مثل هذه الاحوال ليس أكثر من حصول غيره من الالتهابات التي تضاعف تلك الاحوال المرضية المنهكة كالتهاب الرئتين والبلبورا والتامور والبريتون ونحو ذلك خامسا كثيرا ما يحصل الالتهاب الكلوي الجوهري لاثنا عشر مصابين باحوال سوء القنية المختلفة كالنقرس والراشيسم والداء الزهري والحنطازيري والتهنم الاجامى وفي مثل هذه الدسكرازيات كثيرا ما يحصل الالتهاب الكلوي الجوهري كما تحصل الاستحالة الدهنية واما حصول الالتهاب الكلوي الجوهري عقب الاحتقانات الاحتباسية للكلية الناتجة عن امراض في القلب او نحو ذلك فليس من القريب للمقل وانما نظن انه كان يحصل الالتباس بين التغيرات المرضية المذكورة في البحث الاول وبين هذا المرض وكذا لا نعتبر الحمل من الاسباب المحدثة لهذا المرض فان البول الزلال الذي كثيرا ما يشاهد في انشاء الحمل لا يتعلق في الغالب بالتهاب جوهري في الكلية بل باستحالة جوهريه فيها كما سنذكره في البحث السابع

(الصفات التشريحية)

لأجل سهولة بيان التغيرات التشرية لهذا المرض يميزه ثلاثة ادوار تبعا
لغير ركس

الدور الاول يشهد مشاهدته في الجثة وفيه تكون الكلية محتقنة ومترايلة في
الحجم رخوة والاخاوية البشرية تكون قليلة التغير واما القنوات البولية
فيوجد فيها نضج ليفي انبوي وحيث تظهر الكلية في هذا الدور جميع
الصفات التشرية التي ذكرناها في الالتهاب الكلى الليفى الحاد
وانما تكون التغيرات هنا أقل درجة في الشدة

وأما الدور الثاني أى دور النضج وابتداء استحالته ففيه يزداد أيضا كل من
حجم الكلية ووزنها الطبيعيين وتكون ذات سطح أملس ما عدا بعض
الاصفرار فانه يوجد فيها تحجبات مرتفعة ويتناقص قوام هذا العضو
ويسهل نزع غلافه الخاص ولونه الذي كان ابتداءا أحمر مسمر أو أحمر
داكنا يصير مصفرا كثيرا أو قليلا وتتناقص كمية الدم فيه فالكلية
الوعائية لمحافظة مليجي لا يمكن مشاهدتها بالنظر العارى على هيئة
نقط محمرة وعند شق الكلية ترى ان ازدياد حجمها ناتج فقط عن
انتفاخ الجوهر القشري انتفاخا عظيما بحيث يكون قطره اذنك من
نصف قيراط الى قيراط ولا تشترك الا هرام في اللون الاصفر الذي اكتسبه
اللون القشري بل تبقى حافظة لونها الاحمر وبالبحث المكروسكوبي ترى
القنوات البولية للجوهر القشري متسعة ذات تمددات جيبيه دوالية
ويوجد في باطنها اخلية بشرية منتفخة ومحصلاها يكون اخذا في
الاستحالة الشحمية فتوجد اما سطوانات ليفية مرصعة بكرات شحمية او
مواد شحمية مسمرة حبيبية وهي عبارة عن الاخلية البشرية التي اعتراها
الفساد وأما المحافظة المبيجة فيوجد بعضها باقيا على حالته الطبيعية وبعضها
متمددا عظيما واخيلتها البشرية منتفخة ومتعكرة بواسطة كرات
شحمية وتجويفها ممتلى بنضج عديم الشكل بحيث لا تعرف الغايف

الوعائية الخالصة عن الدم بجميع الصفات التشريحية للكلية في هذا الدور تنضج من تمدد القنوات البولية الذي يعقبه ولا بد انضغاط او عسية الكلية وكذا من ظهور المواد الشحمية في باطن القنوات البولية كما يتضح من ذلك عظم حجمها ولونها الممتقع المصفر وازدياد عرض الطبقة القشرية الحاصلة في قنواته هذا التغير المرضي وعدم اتضاح الغلاف الوعائية ووجود التعصبات الصغيرة على سطحها الظاهر الناتجة عن ازدياد تمدد بعض القنوات البولية

واما الدور الثالث اى دور الضهور ففيه يتناقض كل من حجم الكلية ووزنها بحيث تظهر صغيرة جدا واخف وزنا من الحالة الطبيعية وسطحها لا يكون أملس مستويا كما في الدور السابق بل يكون ذات تحدبات وتعصبات منفصلة عن بعضها مما يارب سطحية وقوامها لا يكون رخوا هشا كما في الدور السابق بل يكون يابسا مرنا وتكون الطبقة القشرية سميكه وملتحمة بيهوهر الكلية التصاقا متينا بحيث يعسر نزاعها عنه وبصير لون الكلية اصفر ومخاضا مبيضا جدا بعداء المياذيب وعند شق الكلية يرى الجوهر القشري في حالة ضهور عظيم جدا وقطره متناقصا بحيث لا يكون الا حوية رقيقة حول الاجسام الهرمية وبالبحث المكروسكوبي يرى في موازاة التحدمات والتعصبات المذكورة تمدد عظيم في القنوات البولية والمحافظة المبيعية وممتلية بمواد شحمية وامالى حذاء المياذيب فتكون هذه القنوات خالية هابطة على نفسها على هيئة مادة لبيغة غير واضحة وكذا المحافظة المبيعية تكون ضامرة وتظهر على شكل مسكرات صغيرة ممتلية بنقط شحمية والغلاف الوعائية الموجودة في باطنها تكون غير واضحة بالكلية وكذا من البحث المكروسكوبي يتضح لنا في هذا الدور التغيرات التي تشاهد بالنظر اعنى كلامنا من ضهور الكلية وثلاثي الجوهر القشري ووجود الانبعاثات والتحدبات السكينة في محاذات القنوات البولية التي لم تزل مقددة وممتلية بمواد شحمية

وتختلف الصفات التشريحية متى حصل في المنسوج الخلوي الضام لجوهر الكلانغوز يادة عما يعترى الاخلية البشرية من التغيرات اذ في هذه الحالة

توجد المحافظ الملبجية محاطة بطبقة كثيفة دائرية من أخليسة المنسوج
الخلوي أو من منسوج خلوي تام التكوين والقنوات البولية محاطة كذلك
بمنسوج خلوي جديد التكوين ومنفصلة عن بعضها بالآلات منسعة وقد
تكون الطبقة الغمدية الخاصة بالمحافظ الملبجية والقنوات البولية مستحيلة
الى هالة عرضية مهبانسة ويندر وجود آثار لوراث سكتية في الكلية في هذا
المرض كما ذكره فرير كس وتكون على هيئة لوراث مستديرة الشكل من
حجم حب الشهذانج الى الحصة وهي نتيجة احتفانات شديدة سابقة ذات
لون أصفر مسمر وكذا ينسدر وجود خراجات صغيرة وبكثر وجودا كياس تنبع
غالباً في مثل هذه الاحوال عن تمدد عظيم في القنوات البولية ناتج عن
انسدادها من جهة واحدة واستمرار الافراز البولي في الاتجاه خلف محل الانسداد
وهناك أحوال عديدة من هذا المرض لا تكون فيها التغيرات المذكورة
ممتدة ولا متقدمة كما ذكرناه بل تكون قاصرة على القنوات البولية المتفتحة
بمحوار الاهرام فيوجد فيها امتناع مصفر ويستدل بالسكر سكوب على
الاصحابة المبتدية في الاحلية البشرية وهذه الدرجة الخفيفة من هذا
المرض التي هي درجة اتئقال للمرض الذي سنشرحه في البحث السابع
تصاحب التقيحات المستطيلة والديسكرازيات المزمنة ومع ذلك في مثل
هذه الاحوال قد يترقى الالتهاب السكوي الجوهرى لدرجة الامتداد
والشدة التي بينها فيما تقدم

* (الاعراض والسير) *

الالام في قسم الكلية تبعاً لما شهدنا ليست من الاعراض الملازمة
للالتهاب السكوي الجوهرى الزمن الذي نحن بصدده خلافاً لما جرى
عليه كثير من المؤلفين انما اذا ضغط على القسم السكوي ضغطاً شديداً
احس المريض بتعب وألم خفيف لكن هذا التألم يحس به أيضاً بعض
الاشخاص السليمين متى ضغط على قسم الكلية ضغطاً شديداً وكما قيل
في زيادة الحساسية والتألم في قسم الكلية يقال أيضاً بالنسبة لتناقص
الافراز البولى فانه ينسدر ان يستدل المرضى به على اصابتهم بمرض ثقیل مهم

في الكلية فانه لو مثل المريض بعد ثبوت تشخيص هذا المرض بالاستسقاء
 اللحمي ووجود البول الزلالي من تناقص الافراز في اثناء سير مرضه
 لاجاب غالباً بالنفي بل ربما يذ كر انه من ابتداء حصول الاستسقاء بل وفي
 اثناء وجوده كان البول ينقص في كمية عظيمة فينبغي لو اجاب مريض
 مصاب باستسقاء من يجواب بمائل ذلك دل هذا تقر يباعلي تعلق هذا
 الاستسقاء بأفة من نسبة في الكلية واما ان اجاب بتناقص الافراز البول
 تناقصاً واضحاً من ابتداء ظهور الاستسقاء التدريجي عنده فيدل هذا ولا
 بد على ان الاستسقاء ليس متعلقاً بمرض الكلية بل بافة في الرتين او القلب
 ولا ننكر ان قول المرضى في كثير من الاحوال بازدياد الافراز البول قد يفتني
 على خطأ فان التطلب المتكرر للبول وهو ظاهرة ناشئة عن حالة
 سمبائية للمثانة تحصل احياناً في داء بركت المزمن كما تحصل في الحاد منه
 ولو بدرجة قليلة تلجئ المريض لقول بانه بتكرار التطلب للبول ينقل في
 كذلك كمية عظيمة أيضاً بقياس كمية البول مع الدقة في اربع وعشرين ساعة
 اتضح منه في كثير من الاحوال ان كينته لا تصل الى الحالة الطبيعية
 وفي احوال اخرى تكون كالطبيعية وفي غير ذلك من الاحوال تفوق عن
 الكمية الطبيعية ويندر حصول تناقص عظيم في الافراز البول يكاد
 يرتقي الى الانقطاع وان حصل كان وقتياً واضطراب الافراز البول وتغير
 احواله في الالتهاب الكلوي الجوهرى المزمن مستغرب بالكلية فان
 تناقص الافراز البول القليل الكثير المشاهدة يمكن توجيهه بسهولة لان
 انسداد عدد كثير من القنوات البولية مع انتفاخ اخليتها البشرية
 واسفاساتها المرضية يعوق ولا يد جريان البول وانضغاط عدد عظيم من
 الغلاف الوعائية يعوق كذلك افرازه واما توجيه بقاء كمية البول على
 حالتها الطبيعية بل وازديادها احياناً ولو مع تعمس جريان البول وعوق
 افرازه فمفسر كما ان من العمر ادراك توجيهه معرفة ازدياد الافراز البول
 في الدور الثالث من هذا المرض اعني في الزمن الذي فيه تضرر الكلية
 وتتهبط وينسد عدد عظيم من القنوات البولية والمحافظة للمبيعية فانتا
 ولو اعترفنا بان لصفاء البطين الايسر تأثيراً في ازدياد الافراز البول

بازدياد الضغط الجانبي في الغايف الوعائية التي لم تنزل محفوظه وبذلك يسرع
 ترشح السائل منها لكننا لا نعتبر ان هذا اثنا تأثير قوى جسد بحيث ان يعادل
 ازدياد الضغط الجانبي في الغايف المذكورة فقد عده عظيم منها وكذا
 الاحتقان التواردي التغمي الجانبي في الغايف الوعائية المصونة عن التغير
 المرضي الذي يترتب على انسداد الاوعية في الاجزاء المصابة من الكلية
 غاية ما فيه ان يوجه لنا عدم تناقص الافراز البولي تناقصا عظيما لا ازدياده
 عن الحالة الطبيعية وبالجملة في القلب للعقل ان فقر مصطلح الدم من المواد
 الزلالية له تأثير في ازدياد الافراز البولي اذ من المعلوم انه بضغط متساوية قد
 من غشاء حيوي مقدار عظيم من السائل الزلالي قليل التركيز اكثر من سائل
 كثير التر كير لكن الظاهر ان هذا الامر غير كاف في توجيه ازدياد الافراز
 البولي الكثير المشاهدة في الدور الثالث من داء بريكت المزمن ثم انه تبعالما
 ذكرنا لا يدل كل من آلام القسم الكلوي ولا التغيرات الواضحة في الافراز
 البولي على الاصابة الكلوية الثقيلة غير ان معرفتها ليست عسرة من منذ
 ما تفقه الحاذقون من اطباء البحث عن بول المرضى بالدقة المرضي تلجئ
 الى المارستانات عقب حصول الاستسقاء عندهم ومتى صار التخصيص ونفي
 أسباب باقي الاستسقاء قوي الظن بان ذلك ناتج عن داء بريكت فالبحث عن
 البول يؤيد ما ذكر وبذا يتأكد التخصيص وأما في الطب العملي بين المرضى
 من العامة فيعرف هذا المرض من مذاق الاطباء قبل ظهور الاستسقاء عندهم
 وظهور هذا المرض في معظم الاحوال يكون بالكيفية الآتية وهي ان
 المرضى تستشعر بتناقص في قواها من منذ من طويل ويكتسب لون الجلد
 والاعشبة المخاطية الظاهرة لونها معتقا خاليا عن الدم ويحقق عندهم ان جميع
 الوظائف لم تنل ثامة على حالتها الطبيعية ولا يعلمون سبب الضعف وامتناع
 اللون والطبيب المندوب لا يجد بالبحث الجيد ظواهر مرضية في باقي الاعضاء
 التي تظهر فقر الدم وضعف القوى فيبحث عن البول فيجده كثير المواد
 الزلالية حينئذ يتضح سبب الاضطراب المذكور ولا حاجة الى التوضيح ان
 الفقد البولي لكمية عظيمة زلالية من الدم تبلغ في اربع وعشرين ساعة من
 اثني عشر الى عشرين جراما يمكن استعاضته بواسطة الجواهر الغذائية

زيادة عن الغدد العضوى الطبيعى للجسم وبعبارة اخرى بان الشخص الذى يفقد من دمه من ١٢ الى ٣٠ جراما من المواد الزلالية يوميا يصير ولا بد منه ما قليل الدم ضعيف القوى

وحيث انه بالبحث عن البول يمكن معرفة هذا المرض قبل طرؤ الظواهر الاستسقاءية وبعدها فمن الواجب بيان أوصاف البول فى هذا المرض فنقول البول المنفرز يكون ذا لون أصفر لماعا ولكونه كثف لزوجة من البول الطبيعى بسبب احتوائه على المواد الزلالية يكون أكثر رغوة وكمثر رغوته زمنا طويلا زيادة عن البول الخالى من الزلال ووزنه النوعى يكون متناقصا بسبب تناقص البولينات وكذا الاملاح فيه سيما الاملاح الكلورورية الصودية ما لم يطرا على المريض امراض حية وتناقص احتواء البول على البولينات فى ابتداء هذا المرض لا ينبغى ان ينسب لاحتباسه فى الدم بل الذى يظهر انه فى هذا المرض الذى يكون فيه البول خفيفا رقيقا والتبادل العنصرى ضعيفا بتناقص تكوين البولينات كما يشاهد ذلك فى جميع أحوال مائية الدم وأما تناقص الاملاح البولية خصوصا الكلورورية القلوية فيمكن توجيهه بمشاهدات المعلم مبيدالتى على مقتضاها يكون احتواء الدم على الاملاح عظيما كلما كانت زلاليته قليلة والعكس بالعكس ومن المهم بالنسبة لهذه الظواهر وجود الاملاح الكلورورية القلوية فى الارتشاحات الاستسقاءية عند المصابين بالاستسقاء وأهمية ذلك الامر الاخير تتضح من قلة احتواء البول على الاملاح المذكورة كلما ازداد الاستسقاء وازداد احتوايه عليها من الحالة الطبيعية متى حصل تناقص فى الاستسقاء كما قاله ليبرمايستر وان سغن البول (بعد اضافة نقط من حمض الخليك عليه فيما اذا كان قلويا) واضيف اليه حمض ملح البارود انعقد الزلال الموجود فيه وكية الاخير تكون تبعا لفرير كس من ٢ : ٥ : ١٥ فى المائة والبول الزلالى الذى يستمر فى اثناء سير هذا المرض ولا يزول الا زمنا قريضا لم يتم توجيهه توجيها كافيا ولا يعتبر الزلال فى البول والنضح الانبوى متحصلا انما يبا على السطح السايب من القنوات البولية فانهما يوجدان فى البول بمقدار عظيم جدا بدون تغير انما يباى كلوى والذى نقول به ان احتواء البول على الزلال

نتيجة فقد أو تغير في الطبقة البشرية من القنوات البولية ومن المعلوم ان
عدم وجود الزلال في البول الطبيعي امر غريب بالكلية عند
الفسولوجيين ولذا التجأ والقول بان الزلال يرتشح ولا بد مع ماء
واملاح البول في الكلية وانما يرتشحون في ذلك الى النظريات القابلة بان فقد
الزلال من البول الطبيعي متعلق ولا بد بوجود الطبقة البشرية في القنوات
البولية سواء كان الزلال المرتشح يخدم لتغذية تلك الاخلية البشرية أو بان
كانت الطبقة البشرية تتنوع بكيفية غير معلومة أحوال ارتشاح هذا
الجوهر ونفوذه واذا ترك البول ساكنا في انا رسب منه راسب مبيض
وبالبحث المكرو سكوبي نوجد فيه الاسطوانات اللبغية التي تكون ابتداء
مغطاة باخلية بشرية على حالتها الطبيعية ثم بعد ذلك قد تكون عارية وتارة
مغطاة بنقط شمعية وزيادة عن ذلك يوجد في الراسب المذكور اخلية بشرية
آتية من القنوات البولية

ثم ان البحث عن البول من الوسائط المهمة التي يعتمد عليها في تشخيص
الالتهاب الكلى الجوهري ولذا لا ينبغي للطبيب تأخير الشروع فيه حتى
تظهر اعراض الاستسقاء العام اذ في كثير من الاحوال تتضح اعراض تغير
التغذية العامة والضعف وبها تلوّن الجلد والاعشية المخاطية والضعف
العضلي وتضخم اعراض الانيميا واضطراب التغذية العامة قبل
الاستسقاء العام فيجب على الطبيب الاهتمام ان أمكن بالبحث عن البول
قبل حصول هذا العارض اذ بذلك يمكن الوقوف على حقيقة هذا المرض
قبل حصول الاستسقاء العام

ثم ان الاستسقاء هو العرض الأكثر وصفاءه يرتك ما عدا احوال
استثنائية يفقد فيها ويتبدى في معظم الاحوال بحالة الاستسقاء الحمى
فاول ما ينتفخ عادة الوجه والاقدام ثم الى طرف العياثم جدر البطن
ثم الصفن ومن الاوصاف الخاصة بهذا الانتفاخ الاوذ وماوى انتقاله من
محل به حيث يرى انتفاخ الوجه والاطراف العليا في بعض وفي آخر تنتفخ
الاطراف السفلى او جدر البطن او الصفن مع زوال الانتفاخ في الاجزاء
المذكورة سابقا

وإذا كان المريض غير مستطيع في فراشه أو ما شيا مدة النهار تكون الاطراف
 السفلى كثيرة الانتفاخ في مدة ساعات المساء وأما في ساعات الصباح فيكون
 كل من الارجل والظهر والابتين والايدي أكثر انتفاخا وكلما كان تكون
 الاستسقاء الحمى بطئا ازداد فقد مرونة الجلد وإذا بقي ابتعاج الاصبع
 مدة مستطيلة من الزمن وينضم الى هذا الاستسقاء فيها بعد اعراض
 الاستسقاء الرقي والبليوراوى والتامورى فإذا كان مسير الاستسقاء
 العام سر يعاجدا وصل هذا الاستسقاء في بعض اسابيع قليلة الى
 درجة عظيمة جدا وفي هذه الحالة قد يحصل من الانتفاخ الاوذى الموى السريع
 والتورم الشديد للجلد التمايات او غنغرينة فيه سيما الصفن أو الشقرين
 العظيمين وفي الاحوال الشديدة جدا قد يقرق الجلد في اصفار كثيرة
 ويرثشع من سائل مصلى بحكمية غزيرة جدا ثم انه يصير علينا توضيح
 كيفية حصول الاستسقاء العام في داء بريكت فان الاستسقاء قد يظهر كما
 ذكرنا غالباً مع غزارة الافراز الكلى وحيث لا يمكن ان ينسب لازدياد
 الضغط الجانبى في اوردة الجسم بسبب هوق الافراز البولى وهو السبب
 الذى ائبنى عليه حصول الاستسقاء في التهاب الكلى اللبى الحاد لكن
 مع ذلك ان حصل وقوف وقفى في الافراز البولى في اثناء سير المرض الذى
 نحن بصدده ازداد الاستسقاء بصرة عظيمة كما انه في الاحوال التى فيها
 يكون الافراز البولى معاقا في اثناء سير هذا المرض يكتسب الاستسقاء ولا بد
 كذلك درجة عظيمة جدا في زمن قليل والمرضى يكتسب سيرات الحاد
 ولا شك في ان سوء القنية المادى وتناسف الزلال في مصل الدم يساعد في
 حصول الاستسقاء ففي هذا الداء الذى نحن بصدده يسير في اوهية الجسم
 الشعرية سائل قليل الاحتواء على المادة الزلالية بسبب فقد هالمستقر ولذا
 يحصل ارتشاح قوى غير طبيعى من الاوهية الشعرية في حالات المنسوجات
 ويعود الى الاوردة كمية قليلة من السائل الجوهرى بين الخلايا ومن المحقق
 الذى لا شك فيه ان دخول السوائل من حالات المنسوجات في الاوهية
 يزداد ويكثر كلما كان الفرق في التركز بين السائل المحتوية عليه
 الاوردة والخارج عنها عظيما وحيث انه في التهاب الكلى الجوهرى

يكون هذا الفرق قليلا عن الحالة الطبيعية فمن الواضح كثرة خروج السائل من الاوعية وقلة عودده اليها وهناك مشاهدات اكلينيكية تؤيد تلك النظريات فقد نشاهد احوال اكلينيكية من هذا المرض فيها يتقدم حصول الاستسقاء ويرتقى الى درجة عظيمة عقب الاستفرغات الدموية المفعولة خطأ أو التفجعات الغزيرة وتتناقص عقب تعويضها ومع ذلك فسوء القنية الماى ليس هو السبب الوحيد بل ولا من القرى بل لعل انه هو السبب الرئيس في الاستسقاء الذى يصاحب داء بريكت فاننا لانشاهد في باقى انواع سوء القنية الماى استسقاغا عظيما كما في الداء المذكور ويظهر الاستسقاء في هذا المرض غالبا بسرعة عظيمة ولا يكون مواز بالى السير مطلقا لدرجة فقر مصل الدم من المواد الزلائية كما وان ثقل الاستسقاء الصريع الذى سبق ذكره في المحال التي يظهر فيها ينشأ عن تعلقه بسوء القنية المذكور ولو استفرغنا من حيوان كيسة من الدم وحققنا وعينته بكمية من الماء بدلنا عن ذلك لما حصل له استسقاء وبالجملة يظهر لنا انه يوجد زيادة عن ظواهر الاستسقاء اصابات مرضية النهاية بكثرة وذلك يدل على ان كلامنا الارشادات الاستسقاوية والنضج ورقة مصل الدم مبنى على اضطرابات جوهرية غير معلومة بالذمة

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب الكلى الجوهرى ازيد من مسمى في جميع الاعراض سيما ازيد الاستسقاء العام ازيد اعظيما جدا بحيث يمتد الى التجاويف المصلية والاخلية الرئوية ويؤدى لحصول الموت بدون مضاعفات أخرى لممكن في غالب الاحوال يشاهد مدة سير هذا المرض المخططات ونور ان بحيث تحسن حالة المرض وتتناقص احتواء البول على المواد الزلائية ويزول الاستسقاء العام ثم عما قليل من الزمن تتناقل حالة المرض ثانيا وتشتد جميع الاعراض ثم تحسن ثانيا وهكذا يظهر المرض تقلبات مختلفة وفي مثل هذه الاحوال المستطيلة المدة يسدر ان يستمر الحال على الاعراض السابق ذكرها بل الغالب طرقا واعراض اخرى وهي عبارة اما عن مضاعفات للمرض الاصلى او نتائج له لا واسطية ولندكر من ذلك ابتداء الالتهابات الرئوية والبلجوراوية والنامورية والبريتونية والسهبائية لانها

كثيرا ما تضعف داء بر يكت ولان المرضى طامعا تلك بها أكثر من هلاكها
بظواهر التعمم البولي الاتي ذكره والتهابات الربية والبليورا الخ لا تتميز
بشيء في سيرها عن الالتهابات التي تصيب الغشاء قليل الدم ويندر ان تمك
المرضى في ابتداء حصولها بل الغالب ان يوجد في الجثة بجوار آثار
الالتهابات الانتهاية بقايا تغيرات التهابية اخرى تقدم حصولها كالتمصاق
البليورا والور يقات التامورية وثخن البر يتون والتصاقات

ومنها التزلات الشعبية والمعوية فانها كثيرا ما تضعف الالتهاب الكلوي
الجوهري فالاولى لا تتميز بصفات خاصة بها ولان افرزها في بعض الاحوال
كثيرا ما يكون غزير اجدوا اما الثانية فانها تكاد تنصف على الدوام
بارتشاح مصل غزير وتستعمل بالكلية ويكاد يظهر ان السبب الاصلي
الذي ينتج عنه ارتشاح كمية عظيمة من السائل في المنسوج الخلوي تحت الجلد
هو الذي يؤدي الى ارتشاح غزير على السطح السائب للغشاء المخاطي
الشعبي والمعوي وحيث ان التزلات الشعبية والمعوية لا تضعف الاستقاء
في جميع الاحوال لا بد وان نصترف بان كيفية ظهور هذه التزلات غير
واضحة بالكلية

ومنها أوديميا الرئة المزمنة وهي تحصل بكثرة جدا تبعا لتجاربني في أثناء سير
داء بر يكت وتؤدي لعسر عظيم في النفس وسعال متعب للغاية ولا يندران
يحصل في عند اشتداد نوب السعال وقد شاهدت عدة مرات هذه التنفس
عند المرضى بعض زمن وزوال السعال والخير اخر الرطبة معنى حصل عندهم
مدة التي نعت غزير

ونوب الربو البولي التي يقال انها تحصل في أثناء سير داء بر يكت انما تنتج
غالبا عن أوديميا الرئة

ومنها ان كثير ما يوجد عند المرضى المصابين بالتهاب كلوي جوهري
تغيرات في القلب فانه كثيرا ما يوجد زيادة عن التصاق التامور بالقلب
الناجم عن التهاب تاموري سابق وآفات عضوية في الصمامات ناجمة كذلك
عن التهاب الغشاء الباطني من القلب الذي لا يندر حصوله في أثناء سير هذا
المرض ضخامة في القلب سيما البطين الايمن وقد ذهب المعلم ترويه الى ان

ضخامة القلب انما تنتج عن اضطراب الدورة السكوية وازداد يادفع القلب
ومجهوده وأما مجرد وجود غيره فانكره واذكروا ما ينافي به وهو ان ضخامة
القلب تحصل أيضا في دور داء بريكت الذي ليس فيه اضطراب دوري واضح
في السكوية ومن الضروري جمع جملة أحوال حتى يتضح الاختلاف في ذلك
وعلى كل حال قد تحصل ضخامة عظيمة قلبية في الدور التالي لهذا المرض
ومع ذلك في الاكيد ان اضطراب الدورة السكوية ليس هو السبب الوحيد
في الضخامة المذكورة ومن المعلوم ان اعراض الضخامة ليست ككثرة
الوضوح لكن بالالتفات لكثير من المصابين بهذا المرض يوجد ولا يدا اشتداد
في ضربات القلب أو الغايط واضحة عند فقد الاولى

ومنها التسمم البولي واعراضه تنفق في كثير من أحوال الالتهاب السكوي
الزلائي وظهورها ما ان يكون تدريجيا أو فجائيا وفي بعض الاحوال تكون
مسبوقة بتناقص في الافراز البولي وفي النادر قد يحصل فيه ازدياد في
أنثناءها وقبل ظهورها متى حصل للرغم في الرأس ووقوع في حالة هبوط
خفيف من حصول هذا العارض ويزداد الخوف متى انضم لذين العرضين قمي
مستعص جدا بحيث يظن وجود افة عضوية في المعدة وجميع هذه الظواهر
قد تزول أحيانا بدون أن تعقب باعراض ثقيلة لكن في أحوال أخرى يزداد
انحطاط المرمي ووقوعهم في حالة تنعس أو نوم عميق أو يظهر عندهم
تشجات ذات شكل صرعى ويندر ان تكون ذات شكل تينومي ويعقب
هذه التشجات ولوم تسبق بالحدس تنعس عميق مع تنفس شخيرى ونوب
هذه التشجات تتكرر في أزمنة كثيرة الحصول أو قليلتها لكن الحدس
يتناقل على الدوام وتهلك المرمي في حالة شلل عمومي ولا يندران تبس هذه
الظواهر بحيث تتباعد النوب التشجية عن بعضها ويتناقص الحدس وتزول
اعراض التشنج البولي شيئا فشيئا لكن لا مانع من تردها ثانية بعد بعض
اسابيع أو أشهر ولم نقف على حقيقة الجوهر المسم الذي يحتبس في البول
فيحدث التسمم البولي كما ذكرنا في المبحث السابق بل توجيه هذا العرض
في هذا المرض من وجه آخر أصعب مما في المرض السابق فقد شوهدت
أحوال كثيرة من التسمم البولي مدة سير الالتهاب السكوي الجوهري بدون

انقطاع الافراز البولي فلو كان خروج البولينا وغيرهما من الجواهر التي
ينبغي انقاذها من الدم في مقصد القنوات البولية بمجرد فوائس
الانسدوز لا أمممكن توجيه تراكم تلك الجواهر في الدم مع غزارة الافراز
البولي ولذا يجب علينا القول بان للاخلية البشرية للقنوات البولية
تأثير اعظم ولا بد في تكوين البول وثر كيبه وان تغيرها المرضي وتلاشيها
ينج عنه كذلك تغير في تركيب الدم ولو انفرز من الكلية مقدار عظيم من
الماء والذي نعتقده ان نسبة الظواهر العصبية التي تظهر في أثناء سير
الالتهاب الكلوي الجوهرى كالام الرأس والتشنجات والسكوما ونحو ذلك
لمجرد تنهم الدم من الامور المجاوزة لحد الحقيقة وتنضم بالنسبة لبعض
الاحوال الى رأى المعلم تروية وان كان مجاوزا أيضا لحد الحقيقة القائل ان
تلك الظواهر البولية تنسب لاوذيميا الدماغ وانبيته الوعائية الشعرية وبما
يمر في انتشار ربي القائل به من منذ زمن طويل بان الظواهر المعبر عنها
بظواهر انضغاط الدماغ في أحوال انبعاثات الجمجمة والانزفة الدماغية
والاورام والخراجات والنضوجات الالتهابية والارتشاحات المصلية التي بها
يضيق متسع تجويف الجمجمة تنسب ولا بد لعوق أو انقطاع ورود الدم
الشرياني الى الاخلية العصبية والالياف لهذا العضو وازداد انتشاره
شيا فشيأ من منذ زمن ظهور أول طبعة من كتابي هذا ولكني اعتقد
ضد التجربة المعلم منك أنه ليس من الثابت ولا من القريب للعقل ان الاوذيميا
الدماغية الحادة التي تحصل في أثناء سير داء بريكت ليس لها سبب آخر
خلاف أسباب الاوذيميا التي تحصل في باقي اجزاء الجسم والتي تنسب لازدياد
الضغط الجانبي في الشرايين الدماغية وزيادة عن ذلك يظهر لي ان نسبة
جميع أحوال انهم البول الى انضغاط أو عية الدماغ والانبياس الدماغية
بعيد عن الحق أيضا والذي اقول به في المسئلة التي نحن بصدد حلها هو أنه في
أحوال الالتهاب الكلوي الجوهرى المر من يشاهد أوذيميا في الاعضاء
المختلفة لم تعرف أسبابها معرفة تامة ومن الواصف لهذه الاوذيميا انها تغير
محلها كما أنه في أثناء سير هذا المرض قد تظهر أوذيميا رئوية تارة بسرعة
وتارة ببطء وهي اما ان تؤدي الى الهلاك أو تزول عما قبل من الزمن وكذلك

الدماغ قد يصير من أسباب غير معروفة في أثناء سير داء بريكت مجلسا لا وذيما تحت الحادة أو حادة يهلك به ما عدد عظيم من المرضى أو تعسن حالتهم وتصير مطاوعة مدة من الزمن طويلة أو قصيرة بعدما تغير الاوذيما مجلسها فبعض الاحوال المعبر عنها بالتسمم البولي يكون متعلقا باوذيما الدماغ وانبيته الشعرية الناشئة عنها وكون النوبة التسممية البولية تتعلق باوذيما الدماغ لا بتسمم الدم يستنبط ذلك من أمور وهي أنه متى حصلت النوبة بحالة كوماوية ثميلا تنقطع بتشنجات اكلاميسية وكان الافراز البولي وقت طرؤ النوبة على حالته الطبيعية أو متزايدا وكان طرؤ هذه النوبة مصحوبا باوذيما شديدة في الوجه وكان عند المرضى مدة النوبة ازدياد عظيم في ضربات الشرايين السباتية وهي علامة مهمة يستدل منها على شدة امتلاء تجويف الجمجمة وهو ق انصباب الدم في هذا التجويف

ومن مضاعفات التهاب الكلى الجوهري أيضا ضعف الابصار او فقدته بالكلية وحصول ذلك يكون اما تدريجيا أو بطائيا وقد نسب ذلك بعضهم الى التسمم البولي وسمى هذا العارض بضعف الابصار او الكنتة البولية التسممية وقد استبان في زمننا هذا ان سبب هذه الاقاة انسكابات دموية أو تغيرات النهائية ذات شكل مخصوص في الشبكية حتى انه أمكن تشخيص داء بريكت بمجرد البحث بالافتالمسكوب (أى المرأة العينية)

وأما مدة التهاب الكلى الجوهري وانهائه فمختلفة فان هناك أحوالا فيها ينتهى سير هذا المرض في مدة من ستة أسابيع الى ثلاثة شهور وبعض أحوالا يمتد فيها سنين عديدة والغالب انه يؤول بالموت ولو كان غالباً من المضاعفات لا من نفس المرض الاصل ويندر الشفا التام وان أمكن حصوله وكما أزم من المرض ويندر انهائه بالشفا ومتى حصل الشفا لمصاحب هذا المرض في مدة قصيرة يقع الشك في المريض هل هو مصاب بالالتهاب الكلى الجوهري او ذي الغشاء الكاذب الذي هو أسلم عاقبة مما قبله كما ذكرنا

* (المعالجة) *

ينبغي ان يوصى في المعالجة السببية والواقية لهذا المرض بالتدثر بالصوف وبالبعد عن المساكن الرطبة الباردة والسكنى في المساكن الجافة الحارة

ويجب الخروج وقت اختلاف الأهوية وبرودتها في المساء البارود تؤمر
الأشخاص القندرون القاطنون في جهات قاسية الأهوية بقرطبتها
أو الشواطى ذات الريح القوية بتغيير محلها أو اقليمها وتؤمر بالامتناع
عن الافراط من تعاطى المشروبات الروحية واستعمال المدرات البولية
الحريفة والكبابة الصينية وباسم الكوباي والاغاوية ونحو ذلك

ثم ان معرفة كونه داهير يكتأفة النهاية ليس تحت ذلك كسبر طابل
بالنسبة للمعالجة بحيث ان المعالجة المضادة للالتهاب لا تستعمل في أى دور من
أدواره وفي المعالجة المؤسسة على طبيعة المرض يوصى باستعمال المحولات
على الامعاء بواسطة المسهلات الشديدة والمعرفات على الجلد وسند كر
هاتين الواسطتين العلاجيتين فيما سأتى عند الكلام على معالجة
الاستسقاء الحمى الذى هو عرض لهذا المرض وقد أوصى فرير كس في هذا
المرض باستعمال حمض التنيك واطنب في مدحه والمقدار الذى يعطى منه
من قحتين الى ست مخزوجة بخلاصة الصبر على هيئة حبوب ويعطى
هذا المقدار في النهار مرتين أو ثلاث وقال انه بانفرازه مع البول على صفة
حمض الغصيك يؤثر تأثيرا جيدا في الكلية فيحدث تناقص المواد الزلالية
ومع ذلك فقد اعترف فرير كس انه وان شوهه تنقص في الزلال من البول
في الاشكال الممكنة من هذا المرض الا انه يندر مشاهدته من البول
زوالا كليا وتجاربنا الخصوصية لا تؤيد كثرة جودة هذا الجوهر الدوائى
وأما المعالجة العرضية فاعمالها يعقب بنجاح تسكين عظيم ولو اننا ذكرنا
ان الحكم على عاقبة هذا المرض غير جيدة الا ان معالجة داهير يكت لا تعد
من المعالجات الخالية عن الفائدة وقد ذكرنا ان فقد الزلال من الدم هو
السبب الاصلى لاغلب امراض الالتهاب الكلوى الجوهرى ولذا كان من
اهم الامور في معالجة هذا المرض تعويض فقد الزلال بواسطة استعمال
الغذاء المقوى المحتوى على عناصر ازوتية معوضة بكثرة وجواهر علاجية
مطابقة لذلك فيعطى من البيض الطرى والالبان والاصراق القوية والحوم
المحمرة كمية عظيمة بقدر ما تصمد له القوة الهاضمة عند المرض فلهذا بما بذلك
يمكن تجنب حصول الاستسقاء ولذا ان المرضى ذوات الثروة القندرون في

معيشتهم يمكنهم تحمل فقد الزلال بجملة من السنين بدون ضرر بخلاف الفقراء
 فانهم يهلكون بسرعة من هذا المرض وما ذلك الا من كون الاولين عندهم
 مقدرة على تعويض الفقد الحاصل لهم دون الاضرار ومع ذلك يوصى
 باستعمال مقدار مناسب من البوزة القوية والنبيد الجيد اذ بذلك يتناقص
 الفقد العنصري وتحسن التغذية والموافق من الجواهر الدوائية هي
 المركبات الكينية والحديدية وكثير من الاطباء الذين لا يعترفون بشدة الطرق
 العلاجية وقد منفعتهما من رفض الاستحضارات الاولى وينسكرون لها
 تأثيرا مقويا به تشدد وتقوى الالياف الاصلية للنسوجات وفي هذا العصر
 الذي هو عصر رد الفعل بالنسبة للذهب القائل بفقد منفعة الطرق العلاجية
 مدحت ثانيا الجواهر المقوية بكثرة لاسيما الاستحضارات الكينية وعاد لها
 شرفها ويظهر في الحقيقة ان لها تأثيرا جيدا على حالة التغذية وتقويتها
 وذلك لكونها تنقص الفقد العنصري الغذاء وكذا الاستحضارات
 الحديدية جيدة المنفعة في هذا المرض واستعمالها في محله وذلك لكون
 المتناقص ليس فقط المادة الزلالية بل الكرات الدموية أيضا ولا شك ان
 للاستحضارات المذكورة تأثيرا جيدا لا ينكر في تكوينها وان الاهمال في
 استعمال تلك الجواهر والبحث عن وسائط علاجية نوعية واستعمال المدرات
 البولية بدون تعقل عند طرده الاستسقاء شهادة قوية على جهل الطبيب
 وقد استعملنا في عدة من الاحوال التي ذكرها الطبيب هيمد وشرحها في
 رسالته التدبير الغذائي للبنى الصرف وشاهدنا منه نجاحا عظيما عند كثير
 من المرضى بعد ان لم يحصل ادى ثمرة من طرق علاجية اخرى فما كان يعطى
 للمرضى ادى ثمرة من الجواهر الدوائية انما كانت تتعاطى كل يوم من ليتربن
 الى ثلاثة من اللبن (اعني من أربعة ارطال الى ستة) فبعد الاستقرار هكذا
 مدة أربعة اسابيع على هذه الطريقة العلاجية البننية المذكورة امكن بعض
 المرضى التي كانت في حالة يأس الفشل من الاستسقاء وازدادت قواها
 وتحسنت هيئتها وأمكنها بمباشرة اشغالها ولو الشاقة وفي أثناء هذه
 المعالجة لم يزل الزلال من البول بالكلية الا في حالة واحدة وأما في باقي الاحوال
 فانه لم يزل مستقرا ولا تعرض لتوجيه التأثير الجيد للعلاجية البننية المطلقة في

داه بر يكت اذلا طاييل في ذلك

ثم ان لم يتيسر منع حصول الاستسقاء بالكييفية السابق ذكرها أو ازالته ان كان موجودا بوصى ولا بد باستعمال طريقة علاجية معروفة ولا يرمى حصول النجاح في ذلك من الاستحضارات النوشاديرية كروح منديرر أى خللات النوشادر السائل ولا من الاستحضارات الاتقونية ولا من غيرها من الجواهر الدوائية المعروفة بل الذى يرمى النجاح فيه هو التعريق بواسطة الحمامات الفائرة فقد شاهدت زوال الاستسقاء العظيم جدا عند المرضى فى أسابيع قليلة والزوال تاما متى صار استعمال حمام فان من درجة ٢٠ الى ٣٠ رومير كل يوم ولغها سريعا بعد الحمام باحزمة من الصوف مدة ساعة أو ساعتين حتى يحصل التعريق وتوليد العرق بذلك عظيم جدا بحيث أمكن نرا كم نحو الثمانين سنتيمتر امكعبا من العرق وجميع هؤلاء المرضى كانت توزن قبل التعريق وبعدده فالنقاوم اليومية الاكلينيكية أوضحت ان المرضى كانت تفقد من وزنها اثناء التعريق من رطلين الى ثلاثة أو اربعة بل أزيد من ذلك لكننا لا ننسكرا ان هذه الطريقة لم تعيد نفعا فى بعض الاحوال وان المرضى المتوكلين تتأثر من هذه الطريقة تأثيرا عظيما بحيث لم يمكننا الاستمرار على استعمالها وبالجملة نذكر اننا قد شاهدنا فى حالة ظهور نوب التشنجات البولية عند تناقص الاستسقاء ان فقد الماءى بواسطة الجليديحدث ولا بد تركز فى الدم وبذلك يوجه امتصاص السائل بين الخلايا وحيث ان هذا الاخير يشغل فى أحوال الالتهاب الكلى الجوهرى على البولينا وغيرها من المتحصلات الافرازية فمن الجائز ان التعريق الغزير يساعد على تحمل الدم بتلك العناصر وعلى ظهور التعمم البولى لكن من البعث الدقيق فى الحالة المذكورة اتضح مع التقريب نفي وجود الارتباط السببى بين المعالجة المعروفة وطرواظر البولية التسممية

ومهما قبل طبقة النظريات ضد استعمال المدرات فى هذا المرض فلا بد من الالتجاء اليها فى الاحوال الميؤس فيها وينبغى ولا بد الاحتراس من استعمال المدرات البولية الحريفة كبصل العنصل والزرايح وحب العرعر ونحو ذلك من الجواهر المدرية الحريفة بخلاف بعض الاملاح المدرية للبول كالحطيطير

وطرطرات البورق وخلات البوتاسة بمقدار عظيم من ٥ جرام الى ١٥ كل
يوم فان لها تأثيرا جسيما في بعض الاحوال فقد شاهدت طبيبيا اعتراه
الاستسقاء بجملة مزار وكان يقلص منه كل مرة باستعمال مهمل اللبن مع
ملح الطرطير الذائب ومقادير صغيرة من مسحوق دوفير

ولنذكر اخيرا استعمالات المسهلات الشديدة الموصى بها أحيانا لاجل مضاربة
الاستسقاء في هذا المرض فانه بواسطة الافراز المعوي المماهي الغزير يمكن
كذلك احداث تركزي الدم ومساعدة امتصاص التجمعات الاستسقاوية
واعظم دليل في ذلك الهيمزة والمشاهدات التي فعلت فيها اذ كثيرا ما يحصل
عقب الاستفراغ المعوي الغزير تكاثف سريع في الدم وامتصاص
الانسكابات المصلية الاستسقاوية والالتهابية ووضح شاهد على ذلك هو حالة
الكلينيكية شوهدت في اكلينك تينيجن وشرحها المعلم ليبرميستر وهي حالة
تخص مريضاً مصاباً بداء بريكت ثم هلك بالدوسنتاريا فانه في هذه الحالة
حصل تناقص كلي في الاستسقاء العام أثناء الايام الاخيرة من الحياة
عقب الافرازات المعوية الغزيرة المتكررة مع ان الاستسقاء كان عنده من
منذ زمن طويل ومن الموجب لمدح المسهلات الشديدة في هذا المرض
سكونه باستعمالها لا يحصل تأثير مضر على الكلية ومع ذلك فلا يلجأ
لاستعمالها الا عند الضرورة العظيمة فان المرضى تتأثرتاثير اعظيما والمخاض
يضطرب جدا باستمرار استعمالها والمسهلات الشديدة لاكثر استعمالا
في الاستسقاء اللحمي هي الدمع النقطي بقدر ستة سنتي جرام مسحوق أو

حبوب الحنظل على شكل مطبوخ من ٤ جرام الى ٨ على ١٨٠ جرام من
الماء (أعني من درهم الى درهمين على ست اواق من الماء) أو على شكل صبغة
(من خمس نقط الى ١٥ ثلاث مرات لكل يوم في سائل غروي)
وأوصى فريركس في التسمم البولي باستعمال الحوامض لاسيما حمض الجاويك
طبقا للنظريات والاجود في ذلك استعمال المسهلات الشديدة والمسككات
الجليدية على الرأس وعند اقضاح التشنجات البولية التسممية ينبغي
استعمال الحقن بالمورفين تحت الجلد أو الكورال أو بروجورا لبوتاسة

من الباطن وعند تهديد الشلل العموي تستعمل المبهيات كالقهوة والبيضا
والاثير وغير ذلك

المبحث الخامس في الالتهاب السكوى الحقيقي
ويسمى بالالتهاب السكوى الخلوى ويخرج
السكلا والبورات الانتقالية للسكلا
(كيفية الظهور والاسباب) *

في الشكلى المتقدم ذكرهما من التهابات الكلية وهما داء بريكت الحاد
والمزمن فحصل التغيرات المرضية الرئيسة في القنوات البولية وأما المنسوج
الكائن بينها فلا يصاب الا بكيفية ثانوية وأما في المرض الذى نحن بصدده
النادر الحصول فتكون الاصابة في المنسوج الخلوى الضام للقنوات
البولية والمحافظة المبيجية مع بعضها

ومن الاسباب المحدثة لهذا المرض بكثرة جروح السكيتين ورضهما ويندر ان
يكون حصولهما من اسباب مؤثرة ظاهرة وما ذاك الا لاختناق وضع الكيتين
وصونهما عن المؤثرات الخارجية وأكثر من ذلك حصول جرحهما
بواسطة تراكم الحصوات التى في الحويض ومنها البول النوحا ترى المنفسد
في الحويض المؤدى لحصوله تضيق القناة البولية واتفاخ البروستة وشلل
المثانة عقب أمراض النخاع الشوكى والتبيح الذى يطرأ في مثل هذه
الاحوال يكون كما وبالا ميظا نيكيا ومنها امتداد التهابى من المسالك
البولية الى السكيتين فانه من الواضح ان التهاب الحويض السكوى يؤدى
بسهولة الى التهاب الكلية نفسها بواسطة امتداد التهاب منه الى جوف
هذا العضو لكن من المشكوك فيه انضمام التهاب السكوى الى التهاب
المثانة أو اسيلان المجرى بدون سبب التهاب وامتداده الى الكلية وبدون
تراكم البول المنفسد في الحويض ومنها امتداد التغير التهابى من الكلية الى
المنسوج الخلوى المحيط بها أو البريتون أو غيره من الاعضاء المجاورة ومنشأ
الالتهاب السكوى بهذه المثابة نادر جدا ومنها السدد السيارة لاوردة السكوية
الصغيرة ودخول جواهر عنة أو ميازمية في الدم وبذلك ينشأ الالتهاب
السكوى المعروف بالانتقالى الذى يشاهد في أحوال التهاب الغشاء الباطن

من القلب والآفات العضوية للمهمات وجميع الاحوال المرضية المعبر عنها
بلفظ البيجيا أى التسمم الصديدي للدم وفي الامراض التسممية الحادة فاما
المشاه السدى للبورات الاسفينية التى تحصل فى الكلية بكثرة كحصولها فى
الطحال عقب أمراض القلب السابق ذكرها فلاشك فيه وأما البورات
الانتفالية الصغيرة التى توجد فى الكلية فى أحوال التسمم العفن للدم
والخى النفاسية والادوار الاخيرة من التيفوس فلا يثبت على الدوام اثبات
مشاهها بواسطة السدد السيارة السابعة وأما مشاه التهاب الكلى الحلقى
بواسطة المدرات الحريفة او عقب تأثير البرد خشكوك فيه

• (الصفات التشريحية) •

تكون الكلية فى ابتداء هذا المرض النائى اما عن أسباب جرحية أو تراكم
البول المتفسد فى الحويض أو عن امتداد الالتهاب من الحويض أو الاعضاء
المجاورة متزايدة الحجم ذات لون أحمر داكن منتشر أو مبعقع وقوامها متناقصا
غالباً وطبقها الغمدية محزنة منتفخة بسبب ارتشاحها سهلة الانفصال وعند
شقها يرى منسوجها غبير واضح وانتهاء الاهرام فى الجوهر القشرى لا يكون
ظاهراً ويخرج من سطح الشق بواسطة الضغط سائل دموى كثيف ومسمى
تقدم المرض زال اللون الاحمر وصار منسوج الكلية أهدر سجياباً ومغنا بواسطة
ضغط النضج الاتهابى وما احتوى عليه من الاخلية القبيحة على الاوهية
الشعرية للكبيش وكل من زوال اللون الاحمر وبهاتته يبتدى عادة فى اصفرار
صغيرة كحب الدخن وكما تزايدت السكرات القبيحة زاد اين هذه الاصفرار الى
أن تتكون بورات قبيحة تختلط ببعضها فيما بعد ويؤخذ الكيفية تتكون
الخراجات الكلوية الصغيرة التى تكون ذات شكل مستدير كثيراً أو قليلاً
فى الجوهر القشرى ومستطيلة فى الجوهر الحمرى ثم يعظم حجم هذه الخراجات
الصغيرة وتختلط ببعضها وهذه الكيفية تتكون خراجات عظيمة الحجم يمكن ان
تكون شاغلة لنصف الكلية أو أزيد وقد تسفر هذه الخراجات مدة استطيلة
من الزمن على حالة تكيس أى هطاطة بكيس من منسوج خلوى سميك وقد
تنفخ هذه الخراجات فى اتجاهات مختلفة كالحويض أو نحويف البطن
أو جهة الخارج أو فى الامعاء أو الرئين بعد انثقاب الخجاب الحاجز والنصاقه

بهم هذه الاعضاء وهناك انتهاء آخر لالتهاب الكلى الخلقى الذى يشاهد
خصوصا فى الشكل المزمن منه وذلك ان المنسوج الخلقى الكلى يحصل
فيه تضامة عظيمة عقب فقد الجوهر الكلى الاصلى وفى مثل هذه الاحوال
توجد الكلى ذات سطح غير منتظم أو تحدبات وهذه التحدبات تكون أعظم
حجماتها فى الدور الثالث لدهاء بركت المزمن وفى الميازيب بين التحدبات
تكون الطبقة الغمدية ملتصقة التصاقا تاما وعند شق هذه الميازيب
لا يشاهد المنسوج الكلى بل يوجد منسوج خلوى ندى

وأما التهاب الكلى الانتقالي الذى ينضم لامراض القلب فليس له ميل
الى التقيح وفى الاحوال الحديثة منه توجد أجزاء يابسة جردا كثة محدودة
ذات شكل اسفنجى قاعدته متحدة اثر الكلى وقمته فهو فرجتها بالبحث
الميكروسكوبى يستدل على شدة امتلاء الاوعية بمواد دموية داسكنة
وانسكاب الدم فى القنوات البولية وبينها والسدد الدموية الكلىية تعتبرها
هين الاستحالات التى شرحناها عند الكلام على السدد الدموية فى الطحال
فتبتدى البورة فى امتناع اللون من مركزها ثم تتحول الى الشحبا بعد أن
تعتبرها الاستحالة الشحمية ويمتص الشحم فيخلف ذلك ندبة اللحم وأما
البورات الكلىية الانتقالية التى تنشأ من دخول جواهر عفنة فى الدم وفى
أنشاء سير الامراض التسممية العامة فانها تكون أصغر حجما وأكثر عددا
من السدد التى تحصل فى امراض القلب ولها أيضا ميل عظيم للتلاشى بحيث
لا توجد بورات صلبة غالبها عند فعل الصفات النشربجية بل توجد خراجات
فى الكلىية محاطة بها القهرا

(الاعراض والسير)

الالتهاب الكلى الخلقى الحاد غير الانتقالي قد يبتدى كبقية الالتهابات
الحادة للاعضاء المهمة بقشعريرة شديدة ويصحب ذلك الام شديدة فى القسم
الكلى تسكاد لا تفقد فى هذا الشكل من الالتهاب الكلى وهذه
الآلام تزداد اذ يدا اعظما يقليل من الضغط وتصبح غير مطاعة وتمتد على
طول الحالبين الى المثانة والحويصتين وتشتع حتى تصل الى نخاع الجبهة
المريضة والقبلى العرضى الذى ذكرناه من الاعراض الملازمة لالتهاب

الكلوى الجوهرى الحاد لا يفسد في هذا الالتهاب أيضا الا في أحوال قليلة
وافراز البول يحصل فيه عوق عظيم بسبب الضغط الواقع على القنوات
البولية ومحافظة لمجيئ من انضغ الخسلاى الالتهابى والبول الذى يكون
متراكزا كثيرا كما كثيرا ما يكون مختلطا بالدم والحمى التى تصاحب
هذا المرض من ابتداءه كثيرا ما تكتسب في أثناء سيره شكلا يتفوسيا
فتصير المرضى فاقدة للادرالك ويعتريها الهذيان والسكوما أو التشنجات
وهذه الاعراض تنسب هنا أيضا للعوق افراز البول وانشعاب الدم يجواهر
افرازية وقد يقطع هذا المرض سيره في أيام قلائل ويؤدى للوثة عقب
شلل المجموع العصبى

والنتيج في هذا المرض يظن بمحصوله اذا استطاعت المدة بدون انحطاط
وظهرت مدقيره نوب قشعريرة متكررة ونشأ كذلك اذا خرج مع البول
مواد قيحية ومتى تكون خراج في أحد اجزاء الكلية وكان باقى أجزائها سليما
اكتسب المرض سيرا من مناسكر الحمى لم تزل عسفرة فتتهك المرضى
وتودى الى الهلاك بعد زمن ما بما يسمى بالسل الكلوى وأما التغيرات
التي يكتسبها هذا المرض بمضاعفاته بالتهاب الحويض والمثانة أو انفتاح
الخراجات في الاتجاهات المختلفة فلا حاجة للاطالة بذلك

ويعبر معرفة شكل الالتهاب الكلوى الخلاى الذى فيه يزول الجوهر
الكلوى في بعض اصغار زوال اندرج بمحار ومحل محله منسوج خلوى ندبى
والاعراض التي تشاهد عادة هي اضطراب الافراز البولى والاحساس
المتكرر بحرق البول والام الاحم في القسم الكلوى والانتفاخان
الاذيمياوية والانحطاط العظيم الذى يؤدى الى الحالة الكوماوية وباقى
اعراض التعمم البولى لسكر في الغالب يعبر الاستدلال على هذا الشكل
من الالتهاب بهذه الظواهر

واما شكل الالتهاب الكلوى الخلاى الانتقالي فانه يفتنى في الغالب مدة
الحياة حيث لا يوجد له اعراض واضحة ومع ذلك قد شاهدت ان تكون
السدد الدموية العظيمة في الكليتين قد اصطبغت بنوبة قشعريرة واشتكت
المرضى بالام في القسم الكلوى والبول المنفرز بقله كان مختلطا بالدم فان

وحد مجموع هذه الاعراض عند مرض مصاب باقية لبيمة ساغ للعقل تقريرا
تشخيصي سد دكلو ية سيمان امكن اثبات وجود سد دموية في اجزاء
اخرى قبل ذلك بقليل واما البورات الاتقالية السكلوية التي تكون في
احوال بعض الدم والحلي النفاسية فانها من الامور التي توجد بالمصادفة في
الصفات التشريحية ولا يظن بوجودها حالة الحياة
* (المعالجة) *

متى طرأ هذا المرض بكيفية استثنائية عند شخص قوى البنية على شكل
التهاب حاد وجب استعمال معالجة مضادة للالتهاب بفوه كالاستفرغات
الدموية الموضعية بل والعامية واستعمال المكدرات الباردة في قسم
السكية ثم الضمادات الفاترة فيما بعد والحمية اللازمة مع استعمال
المشروبات الملطفة والمليئة مع تجنب الاملاح لسكن في غالب الاحوال
لا يمكن اجراء معالجة قوية ومضعة لان المرضي تكون عادة منهوكة في
الامراض المختلفة التي سبقت هذا المرض ولكون اصابة الكلية هنا تحصل
بكيفية خفية فلا يكاد تعرف الا عند حصول التقيح وفي مثل هذه الاحوال
لا تكون المعالجة الاسببية او هرضية فان كان المرض الاصل الناتج عنه
تقيح السكية والحافظ له يمكن زواله (كاحتباس البول بواسطة توسيع
التضيقات الحجرية او طرد التجمعات الحصوية في الحويض) وجب الاهتمام
في ذلك والا فيقتصر على التغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال المركبات
الحديدية والسكينا والجواهر المرة لاجل حفظ قوى المرض حتى يتم الشفاء
البطيء وبالجملة فمعالجة تقيح السكية توافق معالجة التهاب الحويض المزمن
حيث ان المرض الاخير يوجد غالبا معه والتغير في كل حالة راضية بين
التهاب الحويض التقيحي والحويض السكلوي لا يمكن الحصول عليه
بالنا كيد غالبا

المبحث السادس في الالتهاب السكلوي المحيط

او الدائري

* (كيفية الظهور والاسباب) *

المنسوج الشحمي المحيط بالسكية قد يصير بدرجة مجسلا لالتهاب ذاتي وذلك

في الغالب يكون عقب مؤثرات جرحية أو عقب تأثير السبر في أحوال قليلة
وأكثر من ذلك حصول اشتراكه بكمية تابعة مسع التهابات الكلوية
التفصية والحويض الكلوى وقد شاهدت حالة فيها امتداد التهاب المثاني
الذاترى على طول الحالبين الى المنسوج الشحمي المحيط بالكلية
(الصفات التشريحية)

التهاب المحفظة الخلوية الكلوية يؤدي غالباً لتفجيس سرعة وحينئذ
يتغير لون المنسوج الخلوى وتمتلئ حالاته بالقيح وتحتل بؤرات القيح الصغيرة
بعضها ثم ينشأ خراج ذو امتداد عظيم يمكن ان ينفتح في اتجاهات مختلفة وفي
أحوال أخرى لا يحصل التفجيس بل التيبس واستحالت المحفظة الخلوية الهشة
الى طبقة ليفية سميكة

(الاعراض والسير)

ان ظهر الالتهاب الكلوى المحيط بكمية حادة تكون اعراضه ذات
مشابهة تامة لاعراض الالتهاب الكلوى الخلوى الحاد فان كلامنا عن الحمى
الشديدة المبدئية بنوبة قشعريرة واحدة أو متكررة والالام الشديدة في قسم
الكلى التى ترتقى الى درجة لا تطاق باقتباس العضلات المجاورة والمجذباها
وحركات الجسم يوجد في كل من هذين المرضين ومن المهم في التمييز بينهما ان
الاقرار البولى لا يكون معوقا والبولى لا يكون مختلطاً بدم ولا مواد زلالية ولا
كرات قصبية في الالتهاب الكلوى المحيط غير المضاعف وان استطلت
مدة المرض وتكون خراج عظيم في انشاء سيره وجد في القسم الكلوى ورم
يتضخم توجه شياً شديداً وان اتضع الخراج في تجويف البطن نشأ عن ذلك
التهاب بر يتولى قتال بسرعة وان انفتح في المعاء امكن حصول الشفاو مثل
ما ذكر يكون عند انفتاح الخراج نحو الظاهر اما بنفسه أو بالصناعة والاول
يحصل عادة في الظهر أسفل الاضلاع الكاذبة وذلك بعد ان تكون الالام
الظهرية قد وصلت الى ارقى الدرجات عند حركات الجسم و بعد ان تتكون
في الجزء المذكور اؤذيمات متفاوتة الامتداد وفي أحوال أخرى يفقد القيح
على مسير العقلة الابواسية فيتكون خراج الخسدارى يظهر عادة أسفل
رباط پوپار

• (المعالجة) •

يوصى في معالجة التهاب الكلى المحيط في الاحوال الحديثة بالاستفراغ الدموي بواسطة العلق أو المهاجم الثمر يطفية والوضعيات الباردة على الجزء المألم من الظهر واحداث افراز معوي بواسطة الزبيق الحلو وبعض الاملاح المسهلة وفيما بعد تستعمل الضمادات الفاترة وكذلك الحمامات الفاترة وينبغي المبادرة في قطع الخراج على حسب قانون الجراحة يدمر نفاذاته على فقهه مدة من الزمن

المبحث السابع في الاستعالة النشوية للكلية

(المعروفة بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعالة النشوية)

(أو تنصم الكلية)

لا يندران يعثرى الكلية استعالة مشابهة لما يعثرى الكبد والطحال بتراكم مواد في جوهرها تشابه الاخيلية النباتية عند معاملتها باليود أو حمض الكبريتيك والجواهر الغذائية الاصطية بالنسبة لتركيبها الكيماوى والاستعالة النشوية للكلية تتشأ عن نفس الاسباب التى تحدث منها فى الكبد والطحال اعنى بنائبر الاصابات المرضية المرمنة اشقة كالداء الزهري والتسمم الزىبى والرائتشم والسل الربوى والتقيحات المزمنة لاسبابا التى تنفج عن تسمم العظام وتكرزها

وهذه الاستعالة تبندى من جذر الاوعية على الدوام لاسبابا جذرا لتلايف الوعائية والثرابين الصغيرة وتكون فى الغالب قاصرة عليها و يعثرى الطبقة البشرىة للفغوات البولية مع ذلك التغيرات المذكورة فى المبحث الرابع ولذا ان تسمية هذا المرض بالالتهاب الكلى الجوهرى ذى الاستعالة النشوية مطابقة للمرض الذى نحن بصدهه أكثر من تسميته بالاستعالة النشوية أو الدهنية وبالمبحث بالمكر سكوب لا يمكن تمييز الكلية المصابة بهذا المرض عن التى تكون مজেلا لالتهاب جوهرى بسيط لكن بنأثير محلول اليود على الشقوق الرقيقة المفعولة فى الكلية زمنا قليلا يتضح التلون المحمر بالتلايف الوعائية اتضا عظميا يجرد النظر بحيث يمكن قبل المبحث الميكروسكوبى عن النقط الجر الصغيرة العديدة المخالفة للون

الاجزاء المسفرة المحيطة بها فعمل التشخيص التشريحي مع التأكد
تقرىبا وعند البحث بالمكروسكوب توجد عرى التلافيف الوعائية واضحة
العرض وذات هيئة مخصوصة قليلة اللعان وكثيرا ما تظهر المحافظات الطبيعية
دوائر عرضية مستوية قليلة اللعان أيضا وعند وضع اجزاء الكلية المجهرية
قبل البحث مدة من الزمن في محلول اليود المخفف تسكنس لونا أجرامها
واصفاء ثم اذا أضيف الى محلول اليود بعض نقط من حمض الكبريتيك تتلون
هذه الاجزاء بلون بنفسجي غير واضح أو أزرق داكن ويندر اشترك الطبقة
التعديمية مع الاجزاء السابقة ذكرها في الاستحالة النشوية وأند من ذلك
اشترك الطبقة البشرية لقناة البولية مع ما ذكر

ثم انه متى أصيب شخص سليم من قبل بالاعراض المبينة في المبحث الرابع
وهي البول الزلال وفقر الدم والاستسقاء فهو ذلك فلا بد وان يكون بعيدا عن
العقل أنه مصاب باستحالة نشوية كلوية بحيث يكاد أن ينفى شكل هذا
المرض مع التحقيق لكن ان أصاب مجموع هذه الاعراض شخصاً معتريه
الداء الزهري البني المستعصي أو السل الرئوي أو تنقيح مرض من او غير ذلك من
الامراض المزمنة المهاكة كان من القريب للعقل جدا ان المريض مصاب
باستحالة نشوية في الكلية أو بالتهاب كلوي جوهري مصحوب باستحالة
نشوية في جذر الاوعية وهو الاصح فان وجد عند المريض اتساع في الكبد
أو الطحال وكان في ورم الكبد أو الطحال المدرك بالجلس الصلبة الواصفة
للاستحالة النشوية ان نسب التشخيص تأكد اعظيما وقد اعتمد المعلم
ترويه بالنسبة للتمييز بين الاستحالة النشوية والتهاب الكلوي الجوهري
البسيط على زيادة الثقل النوعي للبول وتلون الداء كفي المرض الاول
ونحن كذلك طبقا لما شهد تماثلي السنين الاخيرة تحقق لنا صحة ذلك ونضيف
اليه ان البول في أحوال الاستحالة النشوية اتضح لنا جملة مرات دكنة لونه
بل وتلون بالاصفر الممهر المتغير للحالة الطبيعية وأنه يوجد فيه كمية عظيمة من
الانديكان كما قاله هو بسيلروا واصفة النضج الانبوي وكثرة الظواهر
التسممية البولية أو قلتها لا يرتكن اليها في التشخيص للتمييز بين الاستحالة
النشوية البسيطة والتهاب الكلوي الجوهري المضاف بها وعلى كل

حال فالتغير بين هاتين الحالتين قليل الاهمية في الطب العملي
و بالنسبة لمعالجة الاستحالة النشوية للكلية يقال ما ذكرناه في معالجة
الاستحالة النشوية للكبد والطحال ومن المشكوك فيه زوال هذه الاستحالة
وشفاؤها وكل من الاستحضارات الحديدية ويودور الحديد الموصى بها يمكن
ان يؤثر تأثيرا جيدا في المرض الاصلى لكن لا يمكنها ايقاف الاستحالة
الكلوية وازالتها

المبحث الثامن في الاستحالة الجوهرية للكلية بين (المعروف بالاستحالة الجيبية لاخلية البشرية الكلوية)

كثيرا ما توجد الكليتان عند فعل الصفات التشريحية ذاتي قوام رخو قلياني
الدم ولونهما أحمر سحبابيا أو معتقعا متزايدا في اللحم قليلا ورعما كاستسا على
جسمهما الطبيعي وعند شدةهما يمكن قسط مادة عينية عكرة أو سحبابية مصفرة
كثيرة وهذه المادة تشغل على اخلية بشرية اما مجمعة على هيئة خزم أنبوية
أو متفرقة والاخلية البشرية سما التي للجوهر القشري تكون منتفخة
بارتساحها بمادة زلالية وهيئتها عكرة حبيبية رفيعة ويندر ان تكون مرصعة
بكرات شمعية وآيلة لانه ساد العنصرى

وليس من الجائز اعتبار جميع تلك التغيرات من جملة الالتهاب الكلوى
ونسبتهما للاحتقان الكلوى فان الالتهاب الكلوى الجوهرى وان حصل
في أثناء سيره انتفاخ الطبقة البشرية للفنوات البولية واعتراها الاستحالة
والفساد يتميز ولا بد بشدة التغير المرضي وامتداده وبحصوله حصولا دائما
بنفسه وبطبيعته الانتهاء عن التغيرات المرضية التي نحن بصدد هاجمها
لا يجوز التباس هذين الشكليين ببعضهما وجعلهما واحدا وكذا ليس من
الحق ولا القرب للعقل القول بان الاستحالة الجوهرية للكلية (كما
سميناها في هذا المبحث لعدم ما هو ألبق منها في التسمية) متعلقة باحتقان
كلوى وكذلك ليس من الواضح لنا الميل لنسبة هذا التغير الى انضغاط
الشرايين الكلوية والاحتقان الاحتياكي الناتج عن ذلك مدة الحمل ولو صح
ان هذا التغير يشاهد احيانا في الشهر الخامس أو السادس منه وحيث ان
التغير المرضي الذي نحن بصدد في الطبقة البشرية لا يوجد الا في جنث

الحالكين بأمراض ثقيلة أو الحبالى والنفسا فلا بد من اتباع رأى القائل
 بأن هذه الأمراض الثقيلة والجل التي مثلها يحدث اضطرابا عظيما في البنية
 بقسامها يمكن أن ينبج عن ذلك تأثير مضر في تغذية المنسوجات وتأليفها
 الدقيق ومن القرب للعقل أن هذا التأثير يمتد إلى جميع المنسوجات ولو
 كانت معرفته إلى وقتنا هذا معلومة في الكليتين فقط وتناجيه لم نذكر إلا
 فيهما ونحن وإن لم يكن عندنا تحقيق في كيفية تنويع التغذية والتأليف
 الدقيق لجوهر الكليتين وغيرهما من الأعضاء بواسطة الأمراض البنية
 والجل إلا أنه لا يستغرب مثل هذا التأثير على التغذية مستقرا
 الاضطرابات الثقيلة في الحالة العامة البنية والتأثير العصبي المتعلق ولا بد
 بتغيرات مادية في مثل هذه الأحوال

ثم إن العرض الغالب بل الوحيد للاستحالة الجوهرية الكلوية هو ظهور
 الزلال في البول بحيث يسوغ القول بأنه كما تكثر مشاهدة البول الزلال في
 أثناء سير الأمراض البنية الثقيلة والجل توجد ولا بد استحالة متفاوتة
 التقدم في الاخلية البشرية الكلوية عند فتح الجثة وكثيرا ما بسأل
 المشرحون المشتغلون بالتشريح المرضى عن وجود الزلال في البول مدة الحياة
 أو عدمه ومن جهة أخرى لا يسوغ القول بأن كل بول زلال مصاحب لاحدى
 الحالتين السابقتين يتج ولا بد من الاستحالة المذكورة كما لا يسوغ القول مع
 التأكيد بأن كل استحالة في الاخلية البشرية الكلوية ينبج عن زلال بولي
 وإنما احتواء البول على الزلال في الاستحالة التي نحن بصدد هال يكون عظيم
 الدرجة مطلقا كما في الالتهاب الجوهرى الكلوى والاستحالة النسوية
 وان ظهرت الاستحالة الجوهرية للكليتين في أثناء سير أحد الأمراض
 الحية الحادة فلا تؤدي مطلقا إلى ظواهر استسقاءية فكثيرا ما تفقد هذه
 الأخيرة في الجمل ولو حصلت في أثناء استحالة جوهرية كلوية وبول زلال
 وفي أحوال أخرى قد يحصل استسقاء خفيف وفي النادر قد يرتقى إلى درجة
 عظيمة وبالجملة قد تصير هذه الاستحالة في أثناء الجمل خطيرة لما ينبج عنها
 حين الوضع أو بعده من النوب التشعبية الاكلمية التي سنذكرها عند
 الكلام على الأمراض العصبية

ثم ان انتهت هذه الاستعالة المرضية بالشفا تزول ولا بد الاضطرابات الغذائية
 للاخلية البشرية الكلوبية التي أدت لها ويكاد يزول كل من البول الزلالى
 والاستسقا في غاياب الاحوال عقب الوضع بقليل وذلك دليل على عدم
 تماثل هذه الاستعالة للالتهاب الجوهرى الكلوبى فاننا نعلم ان معظم أحوال
 الاكلامسيا عند الحوامل والنفساء مرتبط ولا بد بمرض عصبى لكن لا يجوز
 مطلقا اعتبار البول الزلالى والاستسقا والنوب الا كعلامات تبيح داء
 بريكت

وبما ذكرناه في سير الاستعالة الجوهرية للكليتين يتضح أنه لا حاجة
 لذكر معالجة ذلك وأما المعالجة العرضية لنوب الاكلامسيا فنسذكرها فيما بعد

المبحث التاسع

في سرطان الكليتين

أكثر التولدات الجديدة الحبيشة في الكليتين حصولا السرطان وسرطان
 الكلية نادرة يكون آفة أولية ونادرة ينضم لغيره من التولدات السرطانية في
 أعضاء أخرى ويكون اذذاك تابعا واغلب مشاهدة هذا المرض عند تقدم
 السن لكن لا مانع من مشاهدته كثيرا في الشبوية بل وعند الاطفال أيضا
 وأكثر أشكال السرطان الكلوبى مشاهدة هو السرطان النخاعى وأندر منه
 الاسكبرى والسرطان الهلامي وبشائد الشكل الاول على هيئة عقد مختلفة
 الحجم تبتدئ الجوهر الكلوبى وترتبط به وقد تمتد هذه الاستعالة السرطانية من
 محل منشئها الى المتسوجات المجاورة بحيث يستحيل الجوهر الكلوبى الى
 مادة سرطانية وهذا ما سماه روكنسكى بالارتشاح السرطانى والكليسة
 المصاحبة بهذه الاستعالة قد تكتسب حجما عظيما جسدا وتكون وربما
 تمحبات في حجم رأس الطفل وكثيرا ما تمتد الاستعالة المرضية الى البريتون
 والعقد الليمفاوية المجاورة وأربطة وسحق الفقرات البطنية او تسبى في
 تجويف الكؤوس الكلوبية والحويض الكلوبى وفى باطن الاوردة المجاورة
 للكليسة أيضا وسرطان الكليسة كثيرا ما يصاعف بسرطان الخصيتين كما ان
 الاستعالة الدرقية الكلوبية تصعب الاستعالة المائلة لها في الخصيتين ويحصل
 كثير انزيف غزير ما في باطن الاستعالة السرطانية أو حوله أو في هذه

الحالة الأخيرة ينسكب الدم في تجويف البطن أو في المسالك البولية
وهذا المرض كثيرا ما يبقئ خفيا مدة مديدة وبالخاصة التي تتزايد بالتدريج
بدون أسباب معلومة يستدل بغلبة الظن على تولد جديد خبيث في ذلك
العضو الذي يعبر الوصول اليه بالجس والالام القطعية يمكن ان تفقد في
هذا المرض بل واذا وجدت لا تكون واضحة وكذا الافراز البولي قد يحصل
بدون اضطراب فيكون البول اذذاك خاليا عن الدم وكذا المساعدة الزلالية
في الابتداء لكن الغالب انه متى تقدم المرض وصار حجم الكلية المتسرطنة
عظيما وكانت جدر البطن مسترخية دقيقة يمكن الاحساس بالورم عند
جسه والذي يميز أورام الكلية المتسرطنة عن أورام الكبد والطحال شكل
الورم سيما عدم تحرركه فان الكلية المصابة لا يمكن تحريكها ولا تتبع حركات
الجانب الحاجر وبالسرطانات الكلوية العظيمة في الكلية اليمنى يمكن تحول
الكبد بكيفية واضحة فهو الانسية والتوائه على محور الطولى بحيث ان
سطحه المقعر يلامس في امتداد عظيم من جدر البطن وكان كلامنا من البول
الزلالى والدم يفقد في أثناء سير السرطان الكلوى كذلك يكثر مشاهدتهما
فيه خصوصا عند تقدم سير المرض والتزيف اما ان يحصل من اوهية هذا
التولد المرضى الخبيث البارز في المسالك البولية واما ان يكون نتيجة
الاحتقان الشديد في الاجزاء المحيطة به والبول الدموى في هذا المرض
كثيرا ما يكون فيه غزير ارجدا وقد يكون واضح الظهور جدا بحيث يكون
هو العرض الرئيس وهلاك المريض بهذا المرض يحصل اما عقب النهوكة
وتكرار التزيف واما عقب ظهور سرطانات أخرى في اعضاء مهمة للجسم
والعلاج في هذا المرض لا يثمر ويصعب قاصر على حفظ قوى المريض
وتلطيف الانزفة الغزيرة وعند وجود انعقادات دموية في المثانة ينسبني
اخراجها على حسب قواعد الجراحة

٥ (المبحث العاشر في الدرن الكلوى)

للدرن الكلوى شكلان تباركو تنسكى الاول يكون في اغلب الاحوال
ظاهرة من ظواهر الاصابات الدرنية العامة أى المنتشرة في جملة من الاعضاء
ففي الدرن الدخني الحاد توجد القهبيات الدرنية السهبائية المنتشرة في

البريتون والبليورا والرثتين ونحو ذلك وكذا في الطبقة الغمدية للكليتين بل
وفي نفس جوهرهما أيضا وفي الدرن الدخني المزمع المنتثر توجد أحيانا
تراكمات درنية عظيمة الحجم ذات لون أصفر جبني في الكليتين لكن يندران
بشاهد قيم ما يوراث أو كهو في درنية مثلثة بصديد درني وهذا الشكل لا يحصل
منه الا اضطراب قليل في وظيفة الكلية ولا يمكن معرفته مدة الحياة وأهميته
حينئذ تكون تشرية مرضية فقط وليس له أهمية أكلينية

وأما الشكل الثاني فيكاد يكون على الدوام مضاعفا بدرن الخصية والبروستة
والحويصلات المنوية والحالبين ولا يكون هذا الشكل مسبوفا
على الدوام بالدرن الرثوي بل يضاهيه في الغالب عند انتهاء سيره
وهذا الشكل كثير اما يكون أوليا ذاتيا أي قائما بنفسه بدون اصابة درنية رثوية
لكن الغالب أن ينضم الى الدور المتقدم من الدرن الرثوي وينتدئ هذا
المرض دائما بارتشاح درني في الغشاء المخاطي للوويض يؤدي لتقرحه ويمتد
الارتشاح الجبني من الحويض الى الاهرام البولية فيحل محلها التبعاجات
منقرحة وحينئذ يزدا حجم الكلية ازديادا عظيما وتكون ذاهبة غير
منظمة محدودة ويوجد في باطنها أوراث عظيمة محتوية على تعقدات درنية
أو على بوراث جبنية أو كهو في محتوية مواد صديدية درنية وهذا الشكل يمكن
أن يكون ذا صرخفي وانما باصطحابه دائما بالمضاعفات الملازمة التي ذكرناها
يسهل تشخيصه فتى وجدت تغيرات عضوية من منة في قنوات البول
محتوية بخروج مواد مخاطية أو صديدية أو دموية أحيانا مختلطة بالبول
وكان هنالك انتفاخ درني في الخصيتين دال على الطبيعة الدرنية لاصابة
المسالك البولية ساغ القول بان الافة الدرنية لهذه المسالك امتدت الى
الكليتين ويتأكد تشخيص ذلك متى أمكن الاحساس بورم محدود في
في قسم الكليتين خلف الجدر البطني

(المبحث الحادي عشر)

في التولدات الطفيلية للكليتين

أكثر هذه التولدات الطفيلية وجودا في الكليتين هي الايكينوكوك أي
الديدان الحويصيلة وذات الكلايب لكن وجودها فيها أقل منه

في الكبد والسبب الاصلى لهذه التولدات الطفيلية في الكليتين هو وصول قس الدودة الشريطية الى القناة المعوية لكن لا يعلم سبب سجع هذا القس من القناة المذكورة ووصوله الى أعضاء مختلفة من الجسم الى الكليتين في أحوال مخصوصة ثم ان أوصاف الكياس الديدانية الحويصلية للكليتين كما وصافها الكياس الديدانية الحويصلية الكبدية والطحالية فانها تكتسب حجما كقبضة اليد او رأس الطفل وتكون محاطة بغلاف لبني وهذه الكياس يمكن ان تقع في حالة الضمور أو تنفجر وينسكب مضمحلها في تجويفات مختلفة وقد يشاهدتها النيمات وتقيصات في الاجزاء المجاورة بل وانتفاخ الحراشات السكلوية المتكونة بهذه الكبدية اما في تجويف البطن او المعاء أو السكوس أو الحويض السكوى

ثم ان امراض غم الكياس الديدانية في الكليتين قد لا توجد بالكلية وقد تشتكى المرضى بالامعاء في قسم الكليتين لكن لا يعتمد على هذا العرض غير المحدود وانما يقلب على الظن تشخيص هذا المرض بوجود درم في قسم الكليتين غير منتظم ذي تحدبات سيما في أماكن نقي القول بوجود دس طائما ودرغما واستقائما كاسياني يسانه والذي يؤيد التشخيص خروج حويصلات ديدانية ايكنو كوكية أو بقاياها مع البول فان الحويصلات الشفافة يسهل معرفتها عند البحث بالمكروسكوب لتعدد طبقاتها وهي جدر الحويصلات البغنية وهذه الحويصلات يمكن ان ينشأ عن خروجها مع البول

ومرورها من الحالبين امراض مغمى كلوى سيما عند الرجال وأندرم ذلك مشاهدة الديدان الحويصلية ذوات الذنب والاسطوانية العظيمة والاخيرة مشابهة بالديدان الحراطينية وطولها من نصف قدم الى ثلاثة وتختنها بعض خطوط وشكلها اسطوانى ولونها أحمر دموى اذا كانت حديثة ولها في طرف الرأس ست حلمات محيطة بالفم وبطرفها الذنبى يوجد في الذكور منها غمد قمى الشكل يخرج الفضيبي منه والاعراض التي تنتج عن هذه الديدان الطفيلية وكيفية وصولها الى الكلية مجهول علينا

(المبحث الثاني عشر في العيوب الخلقية للكليتين)

واختلاف شكلها واماها

من العيوب الخلقية للكليتين فقد احدها واستيعاضها بالآخرى مع ازدياد

حجمها وبقاء الافراز البولوى على حاله ومنه التصاقها ببعضها واختلاف
أوضاعها ما يما وضعها غير الطبيعى مع تحرركها وهذا العيب الاخير له
اهمية كافيكية وكثيرا ما يمكن تشخيصه مدة الحياة بعرفة شكل العضو
المحرك الخاص بالكلية الذى يكون على شكل حبة اللويصة العظيمة
ويمكن ترحله فى اتجاهات مختلفة وهذا العارض وان كثرن مشاهدته
كعيب خلقي قد يحصل حصولا عارضا من ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما
بسبب السقوط مثلا من محال من تفتة جدا وقد تحدث الكلية المحركة عند
المرضى نوع ابوخذاريا أو عراض النهاية موضعية فى البطن وليس
للعالجة الطبية تأثير فى شفا هذا العارض غير انه يجب على الطبيب
الابصار باستعمال ازمة تربية صرته سبها عند الاثناس ذوى الجدر
البطنية الرخوة واهمية جميع ذلك من خصوصيات التشريح المرضى

الفصل الثانى فى أمراض الحويض والحالبين
(المبحث الاول فى تمدد الحويض مع ضور جوهر السكلى)

المعروف بالاستسقاء السكلى

(كيفية الظهور والاسباب)*

متى امتنع سيلان البول من الحويض بواسطة الحالبين الى المثانة تجمع هذا
السائل فى الحويض والكؤوس البولية وسمى ازدا توتر الحويض ازدا يادا
عظيما حصل انسداد فى فوهات الانابيب المستقيمة السائلة فى الحلمات
السكوية بواسطة الضغط الواقع عليها وكذا تنضغط نفس الحلمات
أيضا وبذلك لا يسيل البول فى الحقيقة من السكبتين الى الحويض فتقدر
هذا العضو الاخير كان حقه ان لا يتزايد ترابدا عظيما لكن حيث ان الحويض
والكؤوس البولية مغطاة بغشاء مخاطى مفرز لمواد مخاطية فهذه المواد تختلط
بالبول المتجمع فى الحويض ولا تسيل مثله وبذلك يزداد تجمع السائل
فى الحويض بحيث يعظم قدده تدريجيا بسبب الضغط الواقع على الحلمات
البولية يحدث فيها تفرط وضمور فى جوهر الكلية يصل أحيانا الى درجة
الزوال بالكلية

ثم ان انسداد الحالبين يحصل أولا اما عقب وجود حصيات متجمعة فيه ما على

الدوام أو عقب الضغط الواقع عليهما بالاورام المجاورة لهما أو أثر ندية متكسنة في البر يتون المغطى لهما أو تولدات مرضية جديدة سببها السرطانية السكاثة في المنسوج الخلوي تحت البر يتون وقد ينسد الحالبان أيضا عقب التهابهما الذي يؤدي لانهما خضائهما المخاطي والتعاقد جدرانها ببعضهما وكلما كان العايق جهة الاسفل اى جهة المثانة كان الجزء المتمدد من الحالبين اكثر امتدادا

وقد يحصل تمدد ضعيف في المسالك البولية بسبب وجود عايق يمنع انقذاف البول الى المثانة او في ثغاة مجرى البول لكن حيث ان التمدد في هذه الاحوال يكون عاما للجهتين فقد داحوا بعض لا يصل الدرجة عظيمة جدا بحيث ينشأ عنهما اتساع فوهات الحلمات الكلوية بدون تهديد الحياة وهما يعبر ادراكه كثرة وجود استسقاآت كلوية مزدوجة في الجثة مع انها ولا بد كانت موجودة منه منذ زمن طويل حال الحياة

(الصفات التشريحية)

في الاحوال الخفيفة للاستسقاء الكلوى تكون الحلمات تيعالروكتسكى صغيرة متكاثرة جلدية القوام ثم تزول شيئا فشيئا من قبوة الكؤوس المتعددة وأما جوهر الكلية السكاين اعلاها فيتناقص بمكوه يتكاثف منسوجه ثم يصير جلدى القوام مرنا وفي الاحوال المتقدم فيها التمدد جدا لا يصل سمك الجوهر الكلوى الا بعض خطوط قليلة أو خط واحد ابل قد يتلاشى بالكلية ويحصل محله كيس ذو قصوص من الظاهر وقبوا يف متعددة من الباطن غملية بسايل نولى عكر محتو على رسوبات مختلفة أو بسايل مصلى شفاف وبغير بعض الجيوب التي بين تجاوير هذا الكيس فقط تلتط ببعضها وهذه الاكياس كثير اما تصل الى حجم رأس الطفل بل ورأس الكهل أيضا وكذا تمدد الحالبين يختلف في العظم تقديسه ل حجم المعال الدقيق أو أكثر وتكون جدرانها حيث تفتق حيث ذات تعرجات على هيئة التلافيف المعوية

(الاعراض والسير)

لا يمكن معرفة الاستسقاء الكلوى وتفصيله الا اذا وصل الى درجة عظيمة

فإن سيلان البول غير متع بالكلية من أحد الحالبين وفي هذه الحالة لا تتناقص كمية البول المنفرزان الكلية السليمة تعوض الكلية المريضة وقد لا توجد الام في القسم القطني وحينئذ تكون الاعراض التي يعتمد عليها في تشخيص هذا المرض هي وجود ورم في القسم الكلوي قليل التوتر وذى نموج غير واضح وفي الاحوال التي يزول فيها العائق المانع لسيلان البول من الحويض زوالا وقتيا يمكن تناقص هذا الورم تناقصا دوريا وهذه علامة مهمة في تشخيص هذا المرض واذا حصل التهاب الكيس كما في بعض الاحوال ينتج عنه الام وقشعريرة شديدة ويمكن ان يتبعه الصديد المتكون فيه الى اتجاهاً مختلفة فيحدث عن ذلك تنوع في مجموع اعراض هذا المرض ثم اذا امتد العائق المانع لجرى البول الى أحد الحالبين الى الآخر بحيث لا يمكن وأصول البول من الكليتين الى المثانة فيمتنع إفراز البول منها فتهلك المریضی فی أقرب وقت باعراض التسمم البولي

(المعالجة)

عند وجود عائق في قناة مجرى البول يتيسر بواسطة القسطرة المتكررة منع تمدد مجرى البول أو إيقاف تقدمه ان حصل في بعض الاجزاء وأما تمدد الحويض المعسوب بضمور في الجوهر الكلوي الناشئ عن انسداد الحالبين فليس للصناعة اقتدار على زواله ما لم يكن ناتجا عن أورام ضاغطة عليهما ويمكن ازالة ذلك باعمال جراحية او وسائل دوائية

(المبحث الثاني في التهاب الحويض)

(كيفية الظهور والاسباب)

ينسدر أن يكون الغشاء المخاطي للحويض مجعولا لتهاب ذي غشاء كاذب أو دقيقي وهذا الشكل يشاهد خصوصا في الامراض التدممية البنية كغيره من الالتهابات الموجودة في أغشية مخاطية أخرى وكثيرا الامراض التدممية انتاجا لهذا التهاب في الحويض هي التيفوريد الهيمى وقد ينشأ هذا الالتهاب عن اشتداد التهاب التزلى للحويض سيما التهاب الحويض الحصى واما التهاب الحويض التزلى فيكون في غالب الاحوال ناشيا عن

تهيج الغشاء المخاطي الحويضي بسبب التجمعات الجبرية فيه وهذا هو المعروف
 بالتهاب الحويض المحسوى وقد يحصل التهاب الحويض النزلي أيضا بكيفية
 مشابهة لهذه الكيفية عقب تراكم البول المنفصل في الحويض وتنهيه بواسطة
 النواذر ويندر أن يكون هذا الالتهاب ناشئا عن جواهر حريفة انت من
 الخارج ودخلت باطن الجسم ثم انقذت مع البول كالززارع والجواهر
 البلمسية او الراتنجية وكثيرا ما يشاهد امتداد الالتهاب المجري السيلاني
 الى المثانة ثم الى الحالبين فيؤدي لالتهاب نزلي في الحويض
 وكثيرا ما تضاعف الدرجات الخفيفة من التهاب الحويض النزلي داء بريكت
 وقد يظهر هذا الالتهاب احيانا في اثناء سير الحمل وادوار التيفوس الاخيرة
 ودور التهلل في الامراض الطغمية الحادة وقد يصاحب الشكل التريفي
 من التهاب الحويض الاسكربوط وداء الفم الطيب وبل هوف
 * (الصفات التشريحية) *

في التهاب الحويض ذي الغشاء الكاذب والفتيري يوجد الغشاء المخاطي
 مغطى بنضج غشائي أو مستحيل الى خشكر يشاء تخير به يعقب انفصالها
 فقد جوهه غير منتظم في الغشاء المخاطي

وفي التهاب الحويض النزلي يكون الغشاء المخاطي في الاحوال الحديثة
 محتقنا حمرا كدميا سميما في شكله الاسكربوطي ذا رخاوة ومغطى بمادة
 مخاطية صديدية ومتى استمر المرض مدة طويلة تناقص الاحمرار واكتسب
 هذا الغشاء لونا متغيرا وبصر متفحما والسطح الظاهر مغطى باملاح بولية
 أو كلسية على هيئة قشور ويكون الحويض اذ ذاك ممتددا اذا جدر تخينة ولا
 يندر ان يعتري جوهر الكلية ضمور كما في الاستسقاء الكاوي وعند اسفرار
 التهيج الميخانيكي يمكن ان يحصل اخيرا تفرح في الغشاء المخاطي بل تثقب في
 جدره وارتشاح البول في المنسوج الخلوي المحيط فيحصل فيه فساد وتفرح
 والخراجات المكونة بهذه الكيفية يمكن ان تثقب في اتجاهات مختلفة
 كقنوات البريتون أو نحو الخارج وبذلك تتكون قنوات ناصورية
 مستطيلة غالبا أو في المعاء أو الاعضاء المجاورة بعد حصول التصاق بينها
 وقد تمتص السائل المحتوي عليه الحويض بالتدرج وحينئذ يضر ويسهل

الى منسوج ندى يكبس المتحصل المتكاثف فيفسد الحال ابويستحيل الى
حبل ونرى

(الاعراض والسير)

الالتهاب الحويضي ذو الغشاء الكاذب أو الدفتيري لا يمكن معرفته مدة
الحياة فانه في الغالب ظاهرة من جملة الاضطرابات الثقيلة المنتشرة الناشئة
عن الامراض التسممية العامة كالتهمم العفني للدم والجدرى والقرمزية
والثيفويد الهيفني وأما ان ارتقى الالتهاب الحويضي السنزلى المحسوى الى
الالتهاب ذى الغشاء الكاذب أو الدفتيري فينقلد مع البول اهدبة
أو ندى غشائية

وأما الالتهاب الحويضي التزلى الحاد فقد يتبدأ بنوبة قشعريرة أو بعدة نوب
و بصطب بظواهر حمية واضحة ويوجد اذ ذاك الام في القسم الكلوى تمتد
فحو الخصى والفخذ وتزايد بالضغط على هذا القسم وكذا التي العرضي
يكاد ان يوجد على الدوام في هذا المرض خصوصاً في الشكل الذي يحدث عن
امتداد الالتهاب المجرى السيلاني الى الحويض ويوجد على الدوام زحير بولي
متكرر وثلم والا فرار البول تبعاً لآلام ابوامر متزايد اذ ياداعظما وهذه
الظاهرة توجه بالاحتمان التغمي الجانبي الكلوى في الاوعية الصادرة من
المحافظ الملبجية ولا يتناقص هذا الا فرار الا الى الاحوال التي يكون فيها
الالتهاب الكلوى الفاعم في اى الخلوى مما احبالالتهاب الحويض وكثيراً
ما يمتد الى ابتداءه على كمية قليلة أو كثيرة من الدم وكرات صديدية وأخلية
بشرية متراكبة أو متراكمة على بعضها واذا اسفر هذا المرض زمناً طويلاً
وجد البول مختلطاً بكمية عظيمة من القيح فيكون متعكراً وقت خروجه من
المثانة وعندئذ كسائر سبب منعراسب ايض مصغرواضح الانفصال
ولكون السائل السكاث اسفل الراسب محتوي على مصال القيح بشاهد فيه
بعدخله أو اضافة بعض قطمن من حمض الازوتيك اليه لانه نقادات الواصفة
للبول الزلالى وبالبحث عن هذا الراسب بالنظارة المعظمة يرى انه مكون من
هذه كرات هجيبة وأخلية بشرية متغيرة وفي الالتهاب الحويضي المحسوى
قد يحصل انقطاع كلي في سيلان البول من الحويض المريض بواسطة

التجمع المحصى وحيث ان البول المستفرغ في هذه الحالة يكون آتيا من الكلى ذات الحويض السليم يقذف ولا بد بول صاف مع ازدياد جميع مشاق المريض ومكابداته وعند زوال الانسداد يصير البول عكرا كما كان وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل كانت فيها المريضة تعلم من تجاربها ان الالام لم تزل ترتفع عندها مادام البول صافيا وكانت تقضى الوقت الذي يعود فيه استفرغ البول التقيص

ثم ان الالتهاب الحويضي المزمن يمكن ان يحدث نهوكة بسبب التقيص المستقر والحمى المستطيلة بل قد يؤدي للنهوكة والاستسقاء العام والموت والاحوال التي يكون فيها هذا الالتهاب ناتجا عن الحميات الحويضية يشاهد فيها ثوران الالتهاب الحويضي المزمن زمنا فزمنيا وارتقاؤه الى الحالة الحادة لا سيما عند احتياج الجسم او حصول انزفة دورية تصرع في نهوكة المريض والاحوال المهددة بحصول التشعب الكلوي تظهر بالام شديدة جدا في الظهر وتآلم شديد عند حركان العمود الفقري وجذب الفخذين وارتقا الحمى وتكرار القشعريرة واذا حصل التشعب وتكون خراج في المنسوج الكلوي المحيط بالكلى ظهرت الصورة المرضية الواصفة للالتهاب الكلوي المحيط أي الدائري وأن انتشب الخراج في تجويف البريتون هلك المريض بسرعة بظواهر الالتهاب البريتوني الحاد القتال وان انحدر القيح الى اسفل تكونت خراجات انحدرية اما في الجزء السفلي من الظهر أو اسفل رباط بويار أو البطن وان حصل التشعب في البطن خرجت مواد قيحية مع البراز وفي أثناء ذلك يصغر الورم المحسوس أو يزول بالكلى ويحصل هذه وقفي عند المريض

وليس سهلا على الدوام معرفة كون الحويض الكلوي أو المثانة ينبوعا للبول القحطي فان الزحير عند التبول قد يكون مؤباجدا في الالتهاب الحويضي بدون اشتراك المثانة واستفرغ البول مصحوبا باحساس مؤلم في قناة مجرى البول وفي كل من الالتهاب الحويضي والمثاني المزمنين يشغل البول على كثير من الاحلية القيحية تكسبه هيئة عكرة وترسب عند تركه سنا كئنا كراسب ايض مصفر والقول بان الصفات الحمضية لهذا البول

تدل على التهاب الحويض بخلاف صفاته القلوبية فانها تدل على التهاب
المثانة ليس بحقيقي وذلك لان البول في أحوال التزلات المثانية المزمنة بل
والعتيقة منها يكون فيها ذخاوص حضية عادة ولا يصير قلوبا الى أحوال
مخصوصة سنشر بها عند الكلام على التزلة المثانية وبكتسب حينئذ هذه
الصفة عند مكانة في المثانة وكذا العلامة التي كنت أعتمد عليها سابقا في
التمييز بين التهاب الحويض والمثانة وهي انه في أحوال التزلة المثانية المزمنة
يكون الراسب القبيح مختلطا بكمية عظيمة من المواد المخاطية بخلاف ما في
الالتهاب الحويضي المزمن فان البول لا يكون محتويا على انما من المواد
المخاطية ليست مطردة والمواد المخاطية التي تخرج مع البول في بعض
احوال التزلات المثانية المزمنة هي متحصل الاستحالة المخاطية التي
تعتري الافراز القبيح لانشاء المخاطي المثاني بتأثير التضرر القلوي فان لم
يعثر البول في المثانة هذا الانحلال فانه لا يحتوي على مواد مخاطية عقب
خروجه حالا وسكن ان ترك البول الذي يحتوي على مجرد راسب قبيح سواء
كان آتيا من المثانة او من الحويض في قارورة او كوب بمفتوحة حتى يحصل
التضرر القلوي شوهان راسبه يصير لزجا مخاطيا فعلى هذا ان تيسر وجود
جللة طبقات بشرية مغزلية الشكل منضمة الى بعضها لاسباب ازمة تكون
فيها المرضي فقلت حركات شاقة يجوز الحكم ولا بد بان الاصابة المرضية
في الحويض وايضا في الاحوال التي فيها تشكى المرضي بالام في قسم احدى
الكيتين تشمع منه الى الحويض والخصيتين لا ينبغي الوقوع في الخطاء
بسبب وجود الزحير البولي وتضيق التهاب في الحويض

* (المعالجة) *

يقال في معالجة التهاب الحويض التزلي الحاد ما قيل في معالجة التهاب
الكلوى الثلاثي الحاد فيؤثر للمريض ابتداء بارسال الملقى أو وضع المحاجم
التشريبية على قسم الكيتين ووضع الكمادات الباردة وعند وجود الام
شديدة جدا وزحير بولي متعب قد تعطى المركبات المسكنة والمحقن تحت
الجلد لمحاول المورفير وبتعاطي كمية عظيمة من المشروبات المائية لاجل ترقيق
البول ويمنع من استعمال الاطعمة والمشر وباقى المعالجة والمزوجة بالافاويه

وكذا استعمال المياه القلوية الطبيعية والقلوية المحمية كقبشى وكرلوس باد
 وإذا استطالت مدة المرض أمر المريض باستعمال الحمامات الفاترة والمكث
 فيها مدة طويلة ومع ذلك تستعمل الضمادات الفاترة على قسم الكليتين
 وكثيرا ما يحصل النجاح في هذا المرض من استعمال مياه الينابيع الساخنة
 جدا شربا واستحماما وقد أوصى بعض الأطباء في هذا المرض باستعمال
 الكافور لما يبعد فيه من جودة نجاحه في أحوال تهيج المسالك البولية
 والأحوال المزمنة المصحوبة بتقيح غزير يؤمر فيها باستعمال القوابض
 والمختار منها كما ذكرنا من التنبك وفي مثل هذه الأحوال يجوز استعمال
 الجواهر البلسمية لا سيما بلسم الكوباي وقد أوصى أبولس باستعمال ماء
 الجير بمقدار من ٢٠٠ جرام الى ٨٠٠ مع مقدار مساو له من اللبن

(المبحث الثالث في التجمعات الحصوية)

للعويض والمنص الكلى

(كيفية الظهور والاسباب)*

قد توجد في القنوات البولية المستقيمة وفي حلمات الكليتين دراسب حبيبية
 تسمى بالسدد الحصوية البولية ان كانت متكونة من املاح بولية أو بالسدد
 الكلزية اذا كانت متكونة من املاح كلزية وبالجملة ان كانت مشقة على
 مواد يجمتية وبلورات هيما تودينية تسمى بالسدد الدموية أو بالجمتية
 وقد تكون هذه السدد متكونة من املاح فسفات فوسفاتية مغنيسية
 فاما السدد الحصوية البولية فاكثرا ما تشاهد في الاطفال المولودين حديثا
 وأسبابها غير معروفة والقول قديما بان هذه السدد لا توجد الا في الاطفال
 التي كانت تنفست وان وجودها في رجمهم من حقيقة الطب السياسي لم يثبت
 بالمشاهدات الجديدة فان هذه السدد قد وجدت في الاطفال المولودين موتى
 بل وفي الاجنة وكذا كيفية ظهور السدد الكلزية واسبابها وكذا الرواسب
 الفسفاتية المثلثة القاعدية في القنوات البولية والاهرام مجهولة ويكثر
 وجودها في البالغين عن الاطفال واما التجمعات الحصوية في الحويض فانها
 تتكون من نفس الاسباب التي تنشأ عنها الحصيات المثانية وسببنا في ذكر
 كيفية ظهورها واسبابها عند الكلام على الحصيات المثانية وكثير من هذه

الحصيات بل اغلبها يتكون ابتداء في الحويض ويصل الى المئانة بواسطة
الحالبين وهناك يتزايد حجمها شيئا فشيئا بواسطة الرسوبات التي تتراكم عليها

(الصفات التشريحية)

يشاهد في السدد الحضيبة البولية عند شق الاهرام خطوط مصفرة ممتدة
على سير القنوات البولية وبالبحث الميكرو سكوبي ترى هذه القنوات محتوية
بمادة مسودة حبيبية اذا اضيف اليها بعض نقط من الحوامض تزول ويحصل
محلها بالورات من حمض البولييك وقد تنشأ في الجنين تبعاً لفرجه وفي عمادات
في القنوات البولية وتولدات كيسية عقب اندداد تلك القنوات وفي السدد
الدموية البيمنتية يشاهد أيضاً في الجوهر المرعى اثر طرقة محجرة ضاربة الى
الصفرة وعند البحث بالمكرو سكوب ترى القنوات البولية المجمعة فيها ما ذكر
محتوية بمواد حبيبية أو كرية وبالبارات الهيما تود بنية المساومة وفي السدد
الكلسية توجد في الاهرام اثر طرقة بيض مصفرة وعند البحث بالمكرو سكوب
توجد مواد مسودة حبيبية في القنوات البولية تزول بعد اضافة بعض نقط من
حمض الطعام مع تصاعد غاز منها والرواسب الفسفافية المثلثة القاعدة التي
تكون أيضاً اثر طرقة مبيضة مصفرة في الاهرام قد تنقع أحياناً وتكون
حصيات صغيرة في حجم حب الدخن ويمكن أن ينفع عنها تفقيح في جوهر الكلية
وأما التجمعات الحصى التي توجد في الحويض والكؤوس فتكون ذات
تركيب كميماوى ومشابهة لتركيب الحصيات المئانية وتختلف في العظم
والشكل والعدد واصغر هياكل عن حجم حبة الدخن وشكلها مستدير غالباً
أو كشكل الكؤوس الكلوية واهظ لها حجماً كبيضة الحمام أو الدجاج
وعلا الحويض امتلاء محكم وتكتسب شكل الحويض وكؤوسه

(الاعراض والسير)

العلامة الوحيدة للسدد الحضيبة البولية عند الاطفال المولودين جديدها
وجود رموبات حبيبية محجرة دقيقة في لما يفهم وتزول بعد اساساً مع وأما
التجمعات الكلسية والفسفافية الثلاثية القاعدة في القنات البولية فلا
تعرف مدة الحياة ولا يمكن الظن بوجودها

وأما التجمعات الحجرية للحويض فقد لا ينشأ عنها في كثير من الاحوال ادنى

هر من وكثيرا ما يرى بعض حصيات بولية آتية من الحويض تنقذ في مع البول بدون ان تشتكى المرضى قبل انقذافها بادنى مكابدة وفي احوال اخرى قد ينشأ عن الحصيات الحويضية انزفة كلوية يوقظ ترددها الدورى سيما عقب ارتجاج الجسم فيظن بوجود حصيات كلوية وقد ينشأ عنها في احوال اخرى علامات التهاب الحويض الحصى أو أنه يوجد عند المرضى احساس بشغل في قسم الكليتين أو الام تحصل خصوصا عند ارتجاج الجسم بغزو الر كوب أو عقبه وتنشع تلك الآلام نحو المثانة والخصيتين ولا يمكن بهذه العلامات الحكم ولو ظنا بتكوين تجمعات حصوية في الحويض أو وجودها فيه فانه يمكن توجيهها بغير ذلك الا اذا ارتقت الآلام من غير منافع حركة حمية خفيفة وشوهد في البول عقب هذه الثورات واسبب حبيبية أو تعقيدات لبغية موشعة برواسب متبلورة ومشبهة على بعض كرات دموية أو تجمعات حصوية خفيفة فتوجه حينئذ بما ذكر

ثم ان انتقال الحصوات البولية من الحويض الى الحالبين ومنه الى المثانة قد يكون في بعض الاحوال مصحوبا بمجموع اعراض مخصوصة تسمى بالمغص الكلوى وفي الحقيقة يمكن ان ينتج هذا المغص أيضا عن تعقيدات دموية أو حيوانات طفيلية حين نفوذها من الحالبين بل ومن الجائز ان تشجع الحالبين بنتج عنه في بعض الاموال مجموع اعراض المغص الكلوى الذى نحن بصدده لكن جميع هذه الاحوال نادرة جدا بحيث لا تذكر بالنسبة لحصول مجموع اعراض المغص الكلوى من مرور الحصيات البولية ولذا كان الاوفق الكلام على المغص الكلوى هنا

ولا يعلم لماذا ان بعض الحصيات البولية العظيمة الحجم عظاما نسبيا قد تمر من الحالبين بدون ان ينتج عنها اعراض المغص وأنه في احوال اخرى قد ينتج عن مرور الحصيات الصغيرة جدا اعراض مغص كلوى غير مطابقة ولولم تكن هذه الاخيرة ذات سطح كثير الخدبات والزوايا وفي المغص الكلوى يحصل ابتداء الام شديدة جدا فجائية اما بدون سبب أو عقب ارتجاجات جسمية وهذه الآلام تمتد من الكلية نحو المثانة وتخذ هذه الجهة المريضة وخصيتها وتصلح بعض عظم بحيث تصبح المرضى وترى نفسها على فراشها

وتأتوى ويكون وجهها باهتا ومغلى بعرق بارد ويصغر بنصفها جد الى مثل
 هذه الاحوال وتبرداً ياديهما وأقدامها ويوجد زحير بولى مع تناقص فى افرار
 البول وينغم لهذه الالام الشديدة والاضطرابات العصبية الخجودية الثقيلة
 هتبان قى وهذا العرض الاخير هو السبب غالباً فى عدم معرفة المرض
 والتهباسة اما بالغص الحصى الصفراوى أو بالغص المعوى وقد تظهر عند
 الأشخاص الكثرى الحساسة تشجان تعتبر ظواهر انعكاسية وقد يحصل
 تحسين وقتى وانحطاط فى مكابدات المرض اسكنه عما قريب يحصل ثوران
 شديد آخر وفى بعض الاحوال قد تأخذ الالام فى الازدياد مع الارتقائم تزول
 دفعة واحدة كما ظهرت ويحصل للرى راحة كلية مالم ينبج عن وجود هذه
 الحصيات البولية فى المثانة الالام أخرى يتألم منها وهذه النوبة التى شرحنها
 تزول فى ظرف بعض ساعات ولا تمكث أكثر من أربع وعشرين ساعة
 واهراض الغص الكلوى وان اشتدت وكانت هيئتها مخيفة جداً فلا ينشأ عنها
 بالنسبة للعناية أدنى خطر غالباً ومن النادر ان تسكون راحة المريض غير تامة
 وان يحصل فى الالام تلطيف بدون ان تزول بالكلية وان يحصل محل اعراض
 الغص الكلوى اعراض التهاب فى الحويض

* (المعالجة) *

معالجة السدد البولية الحصىة الكلوية لا يمكن الكلام عليها وعند شرح
 معالجة الحصيات المثانية سند كر الوسائط الدوائية التى يوصى باستعمالها
 طبقاً لبعض النظريات بقصد تحليل تلك الحصيات وعدم نجاحها
 وأمام معالجة الغص الكلوى فاهم ما فيه بالنسبة للطبيب الوقوف على حقيقة
 التشخيص حتى يحصل بذلك على نجاح عظيم ولا ينبغى فى مثل هذه الاحوال
 ضياع الزمن بإرسال العلاق واعطاء المنبهات بسبب ضعف النبض وبرودة
 الجلد وغير ذلك من الوسائط التى لا تجدى نفعا بل ينبغى اعطاء مسهوق
 الافيون مع ٣ سنتى جرام الى ٦ أعنى (من نصف صمغ الى قمعة) ويكرر
 ذلك كل ساعة أو ساعتين والتأثير المسكن للافيون لا يمكن أن يوجه اليه
 فقط النجاح العظيم الذى يحصل عقب استعماله بل الغالب ان الالاف
 العضلية للمالبين المنقبضة بسبب تريح الحصيات حال مرورها يحصل فيها

استرخاء بالتأثير المخدر للافيون وان حصل انقذاف الافيون المعطى من
الباطن بالقي وجب استعمال الحش تحت الجلد بمحلول المورفين و يظهر ان
الاستنشاقات الكلوروفورمية لها تأثير مماثل لتأثير الافيون ولذا يوصى
باستعمالها في مثل هذه الاحوال أيضا وعين هذا التأثير يمكن الحصول
عليه بالفصد الغزير العام اذ به يحصل استرخاء عموي أيضا في الالياف
العضلية لكن الغالب ان لا يلجأ اليه في هذه المعالجة وكل من اعطاء مسدوق
الافيون كل ساعة أو ساعتين واستنشاق الكلوروفورم لا يكتفي به المريض
عادة لما هم فيه من شدة الالام والقلق ويرغبون ان تفعل لهم وسائل قوية
أخرى ففي هذه الحالة يمكن استعمال الحمامات العاترة العمومية او الجلوسية
كل ساعة أو ساعتين والضمادات الفاترة المسكنة على قسم السكيتين
والدهانات المسكنة على هذا القسم أيضا وداومي كذلك بعض الاطباء
بقعود المريض على كرمى ووضع أرجله عارية على أرض باردة ويوصى
أيضا بشرب كمية عظيمة من المياه المعدنية المحتوية على حمض الكربوليك
كما سيلتس أوماء الصودا واما كوتروكسكيل والفصد من ذلك ادرار البول
ودفع الحصيات نحو المائة

(المبحث الرابع في سرطان الحويض)

والحاليتين ودرنهما

سرطان المسالك البولية بعد من النوادر بحيث يكاد لا يحصل الا عند امتداد
السرطان من الاعضاء المجاورة لاسيما السكيتين الى جدر الحويض ويزداد
في أحوال نادرة ويشاهد بجوار سرطان الكلية والمثانة تعقدات سرطانبة
في الحويض والحالبين فائئة بنفسها وأما الدرن فقد ذكرناه عند الكلام
على درن السكيتين وذكرنا أنه ظاهرة من ظواهر التولد الدرني المنتشر في
الحصيتين والبروستة والحويصلات المنوية والسكيتين ولا ينسب في جميع
الاحوال التلاشي المنتشر الجيني الذي يعتري الغشاء المخاطي للمسالك البولية
لتكوين التهيبت الدرنية المتفرقة ولينها ولو أنه يوجد احيانا تعقدات في حجم
حب الدخن متفرقة أو مجتمعة بنج عن تلاحقها فروح مستديرة غير منتظمة
في الغشاء المخاطي وفي بعض الاحوال قد يكون السطح الباطن من الحالبين

والحويض مستجيلا الى مادة مصفرة هشة بسبب تكون خلوى مستوفى حوهر
الغشاء المخاطي واستحالة جينية فيه وفي محال أخرى يكون الغشاء المخاطي
الذي اعتراه التغير متلاشيا منشفقا او يشاهد فيه فقد جوهر عظيم وفي جميع
هذه التغيرات تكون المسالك البولية ممتدة قد دأعظيما وجد رها فضينة
جدا وتضيق من المسالك البولية يكون سهلا في الاحوال التي فيها يمكن
معرفة سرطان الخصيتين والبروستة بالجلس وفيها يوجد البول القلوي
مختلطا بمواد قديمة وآثار جوهرية وامتداد الدرن من المائنة الى الحالبين كثير
جدا بحيث يمكن القول به في مثل هذه الاحوال من قبل حصوله

تذييل

(في اداء ادسون المعروف بالداء النحاشي)

المرض اثنى سنذ كرهنا وشرحه ادسون في سنة ١٨٥٥ ميلادية
لم يزل فيه انهم عظيم ولوا تجمعت نفوس معرفته افكار نافذة لعدة من مشاهير
المؤلفين انكليزيين والمانيين كورجروف وماينسر وغيرهما وبرزت عدة
رسائل بخصوصه

أما ما قيل من الشك في وجود نوع مرضي محدد من انبث عليه شرح الطبيب
ادسون او عدم وجوده فقد زال بالكافة غير انه اتضح ان التغيرات المرضية
التي قد سل بانها رئيسة ورافقة لهذا المرض وعليها انبث جعل مرض ادسون
داه مستقلا عنى (أولا) التغير المرضي للغدتين فوق الكيتينين (ثانيا)
التلون المعمر الهجنتي للحلدة وان كانت اقتصادية فيه امكن ليست من
التغيرات اللازمة له بالكافة فان رأى الابتدائي بان داه ادسون مبنى على
اصابة مرضية وفساد في الغدتين المذكورتين فيضاف به زيادة عن نتائج
التجارب القديمة لوجبة العديدة التي فعلت عليهم القصد ايضا ح وظيفتهما
غير المألومة ان وقتنا هذا الامر المعار من انه في بعض الجثث قد توجدان
بالصدفة متغيرين تغير امر ضبا أو عنفسدتين بالسكلية بدون ان يكون مجموع
داه ادسون قد كان موجودا مدة الحياة وحيث اتجعت الافكار نحوها ضغيرة
العصبية الباتارية انني يجوز ان الغدتين المذكورتين واعرف كثير من

مشاهير الاطباء الفرنسيين والانسكايز واللمانين من الذين من ضمنهم
أبولسرو وبيجرو وفروجيوف وريرزل وغيرهم بالرأى القائل بان المهم الرئيس في
هذا المرض هو حالة مرضية في العصب السمبأتوى البطني لاسيما في الضفيرة
الشحمية والعقد الحبلية وكذا في الفروع العصبية الضامة لحما مع الغدتين
فوق الكليتين والذي يعضد هذا الرأى هو الامر المعلوم من انه في الاحوال
التي فيها بحث في البنية عن العصب العظيم السمبأتوى وجدت تغيرات
مرضية فيه مع التغيرات المرضية للغدتين المذكورتين كالأحمرار والانتفاخ
والتكاثر الندي والاستحالة الشحمية والظهور والتلون بمادة بيجمنتية
أوتلاشي اخلية العقد العصبية وقد وجد طبقات متفاوتة المعلم ايلنبرغ
وجونس في التسعة والعشرين من الصفات التشريحية التي صار فيها البحث
عن العظيم السمبأتوى انه متغير كثيرا اوقليلا تسعة عشر مرة وغير المتغير
والطبيعي عشر مرات وحينئذ سفالة عدم التغير في هذا العصب ولو كان
هو الاقل يصير التوجيه الذي نحن بصددده في حيز النظريات لاسيما وان
اضيف الى ذلك انه لا يمكن احداث ظواهر بالتجارب الفسيولوجية
التي فعلها ادريان وشميد وغيرهما على العقد البطنية تشابه ظواهر
داه إدسون وعلى هذا انبنى القول بنظريات أخرى وهي ان المرض
الذي نحن بصددده لا ينشأ عن اصابة مرضية في العظيم السمبأتوى بل
عن اصابة مرضية في المجموع العصبي المركزي حتى ان المعلم روسباخ
عرف هذا المرض انه اضطراب وظيفي بدون تغيرات تشريحية مدركة
في المجموع العصبي مرتبط بتغير في الغدتين فوق الكليتين ارتباطا عظيما
لكس لا داتشي ومتصف باضطراب عصبي عقلي وانتهبا عظيمة وضعف
شديد وتلون بيجمنتي داكن في الجلد ولاجل بيان الارتباط الممكن بين التغير
البيجمنتي للجلد والاضطراب العصبي يرتكن الى ما ذكره بيجل في شرحه
للحم والتلون البيجمنتي الاسود الموضوعين أي القاصرين على أجزاء محدودة
من بعض الاعصاب وكذا الى مرعة الشيب عقب الانقذالات
النفسية الحزينة وقد صارت عضيد الرأى القائل بان التلون البيجمنتي للجلد
ناشئ عن اصابة مرضية للغدتين فوق الكليتين بأنه ككثيرا ما يوجد

ازدياد في المادة الملونة للجلد من تبسطة بالامراض المختلفة للرحم
واضطرابات الحيض وفي أثناء الحمل المعروفة بالنسكت العكيدية
والحسنت الرجية

ثم ان التغيرات التشريحية للغدتين فوق الكليتين ليست واحدة في جميع
أحوال داء اذسون ففي معظم الاحوال توجد استجابة ليفية جبهية فيهما
ينتهي بها التهابهما المزمن وهاتان الغدتان تكونان متزايدتين في الحجم بحيث
تكتسبان قدر حجمهما الطبيعي مرتين أو ثلاثة حتى تصل الى حجم البيضة
وتستجيب الى مادة خلائية من صفة بتعدادات متجيزة أو متوسطة وسطحهما
يكون غير مستوعدي ويمكن ان تلتصقا بالاعضاء المجاورة وقوامهما يكون
يابسا صلبا والاستجابة اما ان تكون عمومية او جزئية فاصرة على بعض نورات
والاصابة المرضية تكون عاليا من دوجة والاحوال الكثرية المشاهدة
التي فيها تكون الغدتان متلاشتين بالكليتين تنافي النظريات القائلة بانهما
عضوان مفترزان وان داء اذسون يتعلق بازدياد تكون فيهما من جواهر
كيمياوية ذات تأثير مضر (لا سيما من حمض الصفراء) وهي جواهر تحدث
فسادا وانحلالا في الكرات الدموية وبذلك تحدث الانيميا العظيمة اما رسوب
المادة الملونة للدم في الجلد فيحدث اللون النحاسي وقد شوهد في احوال نادرة
بدلا من الاستجابة الليفية الجبهية سرطان وانسكاب دموي في جواهر هذين
العضوين او مجرد ظهور فيهما ولذا قال كليمنس وله الحق في ذلك ان سبب
اللون النحاسي للجلد لا يكون متعلقا بالطبيعة النوعية للتغير المرضي لهذين
العضوين بل بالاحوال المرتبطة بحصوله وامتداده فيهما والتلون المسمى للجلد
ينشأ عن تراكم مادة بجمينية مسمرة في اخلية الشبكة الملبهية لكن قد
تشاهد كذلك اخلية بجمينية في جواهر الجلد فتخالف الاخلية التي توجد
في الشبكة المخاطية الملبهية واحتوائها على الحديد وقد تعقد بالكليتين
مضاعفات مهمة في غير هاتين الغدتين من الاعضاء وكثيرا ما يوجد اتساق
الطحال والاجوبة المعوية وتجبين العقد المساريقة وتسوس الفقرات

ثم ان داء اذسون نادر المصول لكن لا يصل في درجة الندرة الى ما كانوا
يزعمون واسبابه تكون غالباً باعير واضحة لكن يكثر حصوله عند الفقراء

وأظهار أن لافعال التسمية المسقرة والحزن والفاقة تأثيراً احداثه
وتصاب به الرجال أكثر من النساء والس المتوسط وان كان أغلب المرضى منه
لكن لاتحسان منه الشيخ والأطفال (فقد وجد جرهر دقي مائة وتسعين حالة
منهم ١٧ منهم أقل من ١٥ سنة وحدث الاطفال كان سنه ثلاث سنوات
وفي سبعة أحوال ابتداء في السنة الرابعة عشر وفي خمسة عشر بعد
السنة العاشرة)

ولا يندر ان يتبدى هذا المرض بطواهر لا تكاد تدل على طبيعته وهي ان
يشكى المريض بالآلام في الاطراف او الظهر تعتبر عادة روماتيزمية وتحصل
بالخصوص بطواهر تدل على حالة انماوبة عظيمة واضطراب عميق عصبي عقلي
ويمتقع كل من الجلد والاعشية المخاطية وتنقص قوة الفعل العضلي وسالة
المرض العقلية تكون عادة خاملة أو متعجبة او يعلن كل من الدوار والم
الرأس وفقد النوم بل وتنقص القوة العقلية على مرض عصبي ثم يتبدى
التلون اليجمنتي اذا كن الجلد أحياناً بمرحلة أى مع الظواهر السابقة في أن
واحد أو بعد هابا شهر بل وسنير وبحسب طرؤ هذا التلون المتقدم أو المتأخر
يتقدم تشخيص هذا المرض أو يتأخر بل والتلون اليجمنتي المذكور قد
لا يتضح الا قبل الموت بقليل أو ان الموت بما طرأ بسرعة قبل اتضاح التلون
وأول اتضاحه يكون في لون اجزاء الجلد المعرضة للضوء ولذا كان من الجائز
الوقوع في الخطأ والقول بان التلون المسمى للوجه في اثناء الفصل الحساري
السنة ناشئ ولا بد من تأثير اشعة الشمس ثم يصل التلون المسمى في باقي اجزاء
الجسم التي تكون عادة كثيرة المادة اليجمنية كحلمة الثديين وقبض الابطين
والاعضاء التناسلية والسطح الباطن من الفخذين ثم يحصل في بعض اجزاء
الجلد المعرضة لمهيجات ظاهرة بواسطة الحرارة يرق اوضعط الملابس ونحوه
اذ بذلك يحصل فيها احتقان مسقر وهذا التلون يمتد من هذه الاجزاء الى
الاجزاء المجاورة لها بدون حد واضح لكن يندر ان يكون عموم سطح الجلد
متلوناً بالسمرة على حد سواء

واما درجة تلون الجوار فيشاهد فيماتتوعات عديدة من اللون الاسمر الخفيف
ارالدخني السجاني كالذي نشأت في أشعة الشمس الى اللون الاسمر الداكن

الى الاسود ومع ذلك فالمتحمة الصلبة (ضد الماء يشاهد في اليرقان) لا تشترك
في التلون اليجمى بل انها تخالف بلونها الا يماوى الاثر لوى الابيض التلون
المعمر اذا كن للوجه وزيادة عن تلون الجلد المنتشر السابق ذكره تشاهد
غالباً تلونات يجمى صغيرة محدودة نكبة أو غير بطية تكون اما شاغلة
لبعض اجزاء الجلد ذات لون طبيعى او منتشرة في بعض اجزاء مسرة على هيئة
نكت أو كثر دكنة في اللون وفي بعض الاحوال قد لا يوجد تلون منتشر
في الجلد بل تراكمات يجمى بقية ولذا كرأخيرا انه قد يوجد تلون يجمى
خفيف في حافة الشفتين أى دائرة الفم وغشائهما المخاطى (واحيانا في
دايرة المتحمة وفي البلعوم وفي الشفير الصغرين) ووجود ذلك في الاحوال
التي فيها يفقد تلون الجلد العام يوقظ الطبيب لتوجيه النظواهر العصبية
والانماوية الموجودة وفعل التشخيص

وفي معظم الاحوال تطرأ ظواهر مرضية تدل على اضطراب المعدة والمعا
كفقد الشهية وسوء الهضم وتالم القسم الشراسيفى والغواق والاسهال
المستعصى ولا سيما نوب القيء الشديدة المتردة ومن المهم ظهور عوارض
عصبية تحصل في اخذ دور هذا المرض كالذوار والاعمال والهذيان ونوب
الجنون وتشجات مختلفة موضعية فاصرة على بعض الاعصاب أو
عمومية عرعية وتنفس عبقى يؤدى الى فقد الشعور في أحوال كثيرة تؤدى
تلك العوارض الى الموت الفجائى وفي أحوال أخرى يتقدم الاضطراب شيئا فشيئا
حتى تنطفئ الحياة بدون تلك العوارض وهناك بعض مشاهدات تؤيد القول
بامكان شفاء دا ادسونو يكاد ينتهى دائما هذا الداء بالموت ومن النادر
حصول ذلك في أسابيع قليلة والغالب ان يحصل بعد زمن طويل مع تعاقب
في التسمين والتثاقل وحيانا لا يحصل الموت الا بعد عدة سنين وفي الدور
الاخير لهذا المرض قد تحصل ثورات حية

ومعالجة هذا الداء يقتصر فيها على اتمام ما استدعيه المعالجة العرضية حيث
لم يكن عندنا وسائط بها يمكن مقاومة الاصابة الاصلية لهذا المرض كالتدوية
الجيدة واستعمال المركبات الحديدية ونحو ذلك من الوسايط المقوية وان لم
يكن لها تاثير قوى في سير هذا المرض

الفصل الثالث في أمراض المثانة
(المبحث الاول في الالتهاب المثاني التزلي)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

التهاب المثانة التزلي يمكن أن يحصل أولاً من مهيجات لا واسطية تؤثر على الغشاء المخاطي المثاني كالحقن غير الجيد الذي يفعل في أحوال السيلان المجري وكالقسطرة غير الجيدة المتكررة ومن الاجسام الغريبة في المثانة سيما الحصىات واختلاط الجواهر المهيجة بالبول أو بتسكوس جواهر مهيجة من المثانة عقب انحلال أجزاء البول وفسادها تحدث الاشكال القبيسة من الالتهاب المثاني التزلي ومن هذا القبيل التزلات المثانية التي تنشأ عن الافراط من استعمال الذراريح وبلغم الصكوباي ونحو ذلك والتزلات المثانية التي تنشأ عن الامراض المحدثثة لاحتباس البول كما مرض الخناق ومدة سير السيفوس وتضايق قناة مجرى البول وافتقار البروستة ونحو ذلك وأيضا استعمال البوزة الحديدية غير المنجزة جيداً ينجم عنه نزلات مثانية وقوية ثانياً قد ينشأ الالتهاب التزلي المثاني عن امتداد النيج الالتهابي من الاعضاء المجاورة ومن هذا القبيل بعد الالتهاب المثاني التزلي الذي كثيراً ما يصاحب التهاب البروستة والسيلان المجري ويستمر بعد شفايه ثالثاً قد يحصل الالتهاب المثاني التزلي من تأثير البرد على الجلد سيما على الاقدام والبطن رابعاً قد يصاحب على العموم الالتهاب المثاني التزلي العرضي التولدات الجديدة وغير هام من الامراض المثانية الثقيلة

* (الصفات التشريحية) *

في الاحوال العادية لهذا المرض يظهر الغشاء المخاطي المثاني مجراً مفتوحاً رخواً وسطحه مغطى بمادة مخاطية مختلطة بكمية مختلفة من الاخلية البشرية المنفصلة واخلية حديثة التكوّن وفي التزلات المزمنة يختفي الاحمرار ويظهر لون الغشاء المخاطي سفجائياً ومخذاً يكون هو مهيكا مفتوحاً وكذا المسوج الخاوي تحت الغشاء المخاطي والمسوج الخاوي الضام للإلياف العضلية وهكذا الإليان العضلية نفسها تكون سميكة في حالة

ضخامة ويوجد على السطح الباطن من المثانة في هذه الاحوال مادة مخاطية سنجابية قبيحة او نضج قبي مصفر والغالب ان يكون البول منفسدا بسبب تأثير الافراز المرعى عليه تكثيرة فيكون ذارثحة نو شاذية شديدة وخواص قلوبية

ومن اتم آت الالتهاب المثاني التزلي المزمن الانتهاء بالشفا نادرا بل الغالب ان يتضاعف في سيره بتكوين اخلية جديدة على سطح الغشا المخاطي المثاني وتكوين اخلية جديدة كثيرة في جوف الغشا المخاطي نفسه وفي المنسوج الخلوي تحتها والمنسوج العضلي وبهذه الكيفية تحدث القروح المثانية التزلية والخراجات تحت الغشا المخاطي المثاني وبهاتين الحالتين يمكن ان تنتفخ جدر المثانة فان حصل ذلك عقب التصاق المثانة بالاعضاء المجاورة بواسطة التهاب مثاني دايري تكون عن ذلك خراجات في محيط المثانة تنفتح في الاحوال الحميدة اما نحو الظاهر اولى المستقيم او المهبل وفي الاحوال غير الحميدة تنفتح في تجويف البطن وهناك انتهاء آخر للالتهاب التزلي المثاني المزمن وهو الانتهاء بالتهقرح المنتشر وهذا الانتهاء لم يكن كثير الحصول الا انه ينشا بالخصوص في الاحوال التي فيها يؤثر البول على الغشاء المخاطي للمثانة تأثيرا كالامفسد اعقب احتباسه وفساده وفي هذه الحالة يوجد الغشاء المخاطي المثاني لينافي اعلا درجة متغير اللون ذاهية ومخنة ولون اسمر حجر او اسود ويكون مغطى بنضج وسخ او مستقيلا الى مادة فطرية خالية من تشعشع بالصديد والالياف العضلية للمثانة تكون ماهنة سهلة التمزق والمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وبين الالياف العضلية يكون من تشعشع بالصديد ويوجد في المثانة نفسها سائل اسمر مسود كلون الشكولاتا ذو رائحة نو شاذية شديدة متكونة من البول المنفسد ومن الدم او الصديد ومن ندف من الغشاء المخاطي المتمتك وفي الاحوال الثقيلة جدا يمتد الفساد الى جميع طبقات المثانة فينصب متحصلا في تجويف البطن وهناك انتهاء ثالث للالتهاب المثاني التزلي المزمن وهو الانتهاء بنخ جدر المثانة وضخامتها وضخامة عظيمة ناتجة من ضخامة الالياف العضلية التي اثر نالها فيما تقدم وهذه الضخامة قد تحصل احيانا بدون الالتهاب التزلي المثاني اعني عند وجود عائق عظيم

في حركة انقذاف البول وجدر المثانة في هذه الحالة تكون ثخينة من بعض
 خطوط الى نصف قيراط بل ازيد والحزم العضلية تكون حواجز مستديرة فينتج
 عنها في السطح الباطن للمثانة ارتفاعات كالحواجز بحيث تشبه في المظهر
 السطح الباطن للقلب الايمن (ويسمى المشرحون ذلك بالمثانة ذات الاعمدة)
 ويميز للعضامة المثانية نوعان على حسب تزايد تجويف هذا العضو والواقع
 في العضامة او تناقصه فتسمى العضامة في الحالة الاولى بالعضامة الدائرية
 وفي الحالة الثانية بالعضامة المركزية ففي الشكل الاول من هذه العضامة
 للمثانة يصعد هذا العضو الى اعلا نحو السرة وفي الشكل الثاني يصغر حجمه
 حتى يبلغ حجم الجوزة وفي بعض الاحوال من الالتهاب التزلي المثاني الزمن
 سبها اذا كل مصحوبا بعمايق في انقذاف البول يندفع الغشاء المخاطي
 بين الالياف العضلية المتباعدة فينشأ عن ذلك جيوب تكون في الابداء
 صغيرة ثم تتدشياً فشباً وتكون جيوباً عظيمة ذات عمق في حجم قبضة اليد
 وازيد ومحل اتصال هذه التجاويف بالمثانة يكون على شكل فوهة مستعرضة
 ثم تصبح هذه الفوهة فيما بعد مستديرة شبيهة بالفوهات ذات العضلات
 العاصرة وحيث ان انقذاف البول من هذه الجيوب لا يكون تاما فلا يتدران
 تحصل فيهما راسب بولية وتكون مجلسا لخصيات متكسبة

(الاعراض والسبب)

الالتهاب التزلي المثاني قد يكون احيانا تاما مصحوبا بظواهر حمية لكن الغالب
 ان يفقد ارتفاع الحرارة وتواتر النبض في هذا المرض وفي أحواله الحديثة
 تشتكي المرضى بالآلام غير محدودة في الجزء السفلي من البطن والجهان وتمتد
 هذه الآلام الى الاعلا نحو الكليتين وإلى الاسفل نحو قناة مجرى البول الى
 الحشوة وبالضغط على القسم المثاني لانحس المرضي بالآلام الا في الاشكال
 الثقيلة لهذا المرض والغشاء المخاطي المثاني الذي يكون محتقنا متدهجا
 لا يكون له قدرة على ملاسة البول بحيث ان تجمع نقطة قليلة من هذا السائل
 في المثانة يحدث عند المرمى زحير بوليا شديدا وقد تكون العضلة العاصرة
 المثانية في حالة انقباض تشنجي وبذلك ينشأ احتباس البول وزحير بولي
 شبيه بما يحصل في المستقيم عند التهاب هذا العضو التهابا تزلليا فالمرضى

تكدان لا تترك من ايديهم اناء التبول والتبول نفسه يكون مؤلما جدا والنقطة القليلة التي تسيل من قناة مجرى البول في مسافات قصيرة تحدث عندهم احساسا شديدا من الرصاص الذي في القنبيب وفي ابتداء هذا المرض يكون افران المواد المخاطية قليلا كما يساعد ذلك في جميع التهابات الزاوية الحديثة ثم فيما بعد يصير البول المنفق متعكرا ويرسب منه راسب مخاطي كثيرا اغرارة او قليلا ثم ان هذا المرض قد ينتهي سريعا في ظرف بعض ايام بالشفاء بل والاحوال النزلية الحقيقية للمثانة التي تنتج عن تعاطي البوزة الحديثة يمكن ان تنتهي في عدد قليل من الساعات وفي احوال أخرى يمتد سير هذا المرض زمنا طويلا فينتقل الى الحالة المزمنة وحينئذ يشاهد مدة سير هذا الالتهاب انقباض مستمر في العضلة العاصرة المثانية يؤدي لاحتباس تام في البول وكثيرا ما ينشأ في أثناء سير النزلة المثانية لاسيما عند الشيوخ حالة شلل في العضلة المضيقية للمثانة تؤدي كذلك لاحتباس في البول وذلك ينتج عن تغيرات تايبية كالآل وذيما والاستحالة الشحمية لهضلات المثانة وهذا هو الذي يصير النزلة المثانية البسيطة عند الشيوخ خطيرة للغاية

وفي الشكل المزمن للنزلة المثانية تنناقص الالام بعد بعض زمن لكن عدم اطاقة المثانة لتحمل ملامسة مقعدها والتطلب المتكرر للتبول يستمران وكية المواد المخاطية المنفرزة تزداد اذ يدا عظميا وفي الابتداء يرسب من البول ندى بجاطبة مخاطية شفافة ثم يصير هذا السائل فيما بعد كثيفا متعكرا والراسب غير شفاف مبيضا أو مصفرا ومتى اعتري البول داخل المثانة القحمر القلوي كابد افران الغشاء المخاطي المريض المحتوي على كثير من السكرات القيصية والاخلية البشرية المفسدة استحالة مخصوصة وصار مكونا لمادة هلامية بحيث تبقى مقاسكة ببعضها ومكونة لحيط مستطيلة عند حسب البول من اناء الى آخر

وقد ذكرنا في الطبقات المتقدمة من كتابنا هذا ان المواد المخاطية المنفرزة بكية عظيمة تؤثر على البول في غالب الاحوال تكهيرة فينشافه عن ذلك قحمر قلوي وبه تفصيل البولينا الى كربونات نوشار فتسكون في البول اتحادات نوشارية مكبولات النوشادر وفسفات الماتريا أي املاح

مثانة القاعدة

وذكرنا أيضاً أن المواد المخاطية المختلطة بالبول لا تحدث هذا التخمير القلوي على الدوام ووجدنا في أحوال عديدة من هذا الالتهاب فيها البول كان دائماً ذا خواص حمضية وقد تحقق عندي في السنين الأخيرة بمشاهدة من المعلم ترويه وبمشاهدات وتجارب خاصة بأن المحث للتخمير البول القلوي في المثانة ليست المواد المخاطية المثانية بل حيوانات دقيقة تفصل على غلبة الطن بالأكثر إلى المثانة بواسطة القساير الغير النظيفة وعندى مشاهدة أكلينيكية مثبتة لهذا الأمر في أعلى درجة وهذه المشاهدات تخص صابة بشلل في المثانة وكانت تقطر مدة أسابيع عديدة بساتير غير نظيفة فظهر عندها التخمير البولي القلوي في أعلى درجة وكان البول المستفرغ منها ذا خواص قلوية ورائحة نوشارية نفاذة ومحتوية على بلورات من بلورات النوشادر ومن فوسفاته ونسفات المائز يا وهوام عديدة وقطر نباتي دني ولم يوجد فيه مادة مخاطية ولا أحلية جديدة ولم تكن المريضة مصابة بنزلة مثانية من قبل

ثم إن الالتهاب المثاني النزلي المزمن يستمر سيره جملة أسابيع أو أشهر بل وسنين وكما استطالت مدته كان العشم بالشفاء قليلاً ويظن بتكوين قروح في الغشاء المخاطي المثاني متى صار الراسب قبيحاً أكثر من كونه مخاطياً ونخرج مع البول زناً من بعض مواد دموية وظهرت حتى حفية دقيقة منهكة للرئتين مثل هذه الأحوال تهلك المرضى بها يدعى بالسل المثاني سيما متى اصطبغ بتكون خراجات عظيمة حول المثانة وقروح ماصورية مسقرة النفخ

وعند انتهاء الالتهاب المثاني النزلي المزمن بالتفريح المنتشر يشاهد ضعف القوى ضعفاً عظيماً وتتغير مهنة المريض ويصير النبض صغيراً خيطياً والجلد بارداً والبول المتخفف متغير اللون فيكون أغمراً أو أسوداً مختلطاً بأهداب من الغشاء المخاطي وذات رائحة منتنة وتهلك المرضى عادة في مدة بعض أيام مع الانحطاط العظيم ولوبدون حصول تهتك كلي في جدر المثانة وانسكاب البول في تجويف البطن

وأما ثخن جدر المثانة بضمامة الباقها العضلية فتعرف عند تمدد هذا العضو

نظهور ورم ذي مقاومة خلف الارتفاق العاني يمكنه ان يمتد الى السرة أو
 أعلاها وهذا الورم يمكن اختلاطه عند النساء بالرحم المتعدد وفي العادة
 لا تكون الارضى قدرة على استفرغ المثانة الضعفة المقددة استفرغاتها
 ولولم يكن عندهم انسداد في عنق المثانة أو في قناة مجرى البول يعوق النبول
 فلا يخرج من المرضى الا البول الذي يكون زائدا عن حد املاء المثانة
 المقددة بمقدار عظيم فلا يجد له مخرجا بل قد يسيل منهم هذا السائل سيلانا
 جسيما عند شلل العضلة العاصرة بكيفية مخصوصة ولذلك قد يشاهد أن
 المرضى قد يخرج منهم في طرف ٢٤ ساعة كمية اعتيادية من البول ومع
 ذلك فلم تزل المثانة محتوية على قدر رطلين أو ستة من البول ولا يمكن اخراجه
 الا بواسطة القسطرة وفي الضخامة المركزية للمثانة يحس بورم صلب بواسطة
 جس المهبل أو المستقيم وهذا الورم يمكن ان يتسبب عنه التهابات عظيمة
 بعدة امراض وحيث ان المثانة في مثل هذه الحالة لا يكون لها قدرة على
 التمدد فيوجد عند المريض تطلب مستمر للبول متعب جدا وان كانت
 العضلات العاصرة منسلة وجد عندهم سلس بولي مستمر

• (المعالجة) •

أما المعالجة السببية فتستدعي أولا تبعيد المؤثرات المهيجة التي أثرت على
 انقشاء المخاطي المثاني وادئت المرض في الاحوال التي فيها يكون سبب
 القزلة المثانية القسطرة غير الجيدة أو الحفص المهيج في قناة مجرى البول يمكن
 تبعيد ذلك كما أنه يمكن الحصول على ذلك أيضا في الاحوال التي يكون فيها
 سبب المرض استعمال الذراريح أو اطالة استعمال الحرايق أو الأمراض
 المهيجة أو فيما اذا نتج تهيج المثانة عن الاحتباس المستطيل للبول وساده واذا
 كان مرض المثانة ناتجا عن امتداد التهاب من قناة مجرى البول أو الرحم
 يجب ارسال العلاق على الجهاض أو الجزء المهبل من الرحم وفي الاحوال التي
 يكون فيها سبب هذا المرض تأثير البرد تستعمل المعالجة المعروفة

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال الحديثة التي تكون فيها جميع
 مكابدات المرض قسيلة استعمال الاستفرغات الدموية كارسال العلاق
 والاجود ارساله على الجهاض لأعلى العانة وفي غائب الاحوال يستغنى

في الالتهاب المثاني النزلي الحاد استعمال العمادات الفائرة على الجزء
الاسفل من البطن والحمامات العمومية الفائرة لاجل تلطيف مكابدات
المريض الناجمة عن هذا المرض وانتهائه انتهاء جيداً وما هذا انك ينبغي
الاجتهاد في ان يكون البول الواصل للثانة مخففاً ما أمكر بواسطة المشروبات
الحامضية الغزيرة وليس من الضروري ان يضاف لهذه المشروبات جواهر
غروية أو زبقية بل الذي ينبغي تجنبه فقط استعمال ملح الطعام والافاويه
وأجود ما يعطى للمريض المشروبان الحضية صناعية كانت أو طبيعية كما
سلترمز وماء وودفجر وفاشجر وجلغوير وماء الصودا أو ماء الكلس الممزوج
بقدره من اللبن ومن الممدوح جداً في معالجة الالتهاب المثاني النزلي الحاد
ثمر الكبريت النباتي (بان يعطى منه قدر ١٥ جراماً أعنى نصف أوقية
ممزوجة مع ٤٥ جراماً أعنى أوقية ونصفاً من العسل ويصنع ذلك على هيئة
مرقية يعطى منها كل ساعتين ملعقة صغيرة) وكذلك من الممدوح جداً في
الالتهاب المثاني النزلي الناشئ من استعمال البذراريج الكافور (بان يعطى
منه ٣ دسج جرام أعنى ٦ قطرات على ١٥٠ جراماً أعنى ست أواق
من مستحلب اللوز) وكذا يعطى في هذا المرض لاجل مضاربة الآلام والزحير
المثاني مع النجاسات الاقيون بمقدار صغير على شكل مصفوق ودوفير فيعطى
منه للمريض مقدار كاف في المساء قبل النوم او يعطى على شكل الصبغة
الافيونية بمقدار صغير أو يستعمل الحقن تحت جلد الجزء الاسفل من البطن
بواسطة المورفين وأما اذا زالت الآلام ووجد البول ممزوجاً بكمية
عظيمة من المواد المخاطية والصكرات الصديدية وجب استعمال
القوابض وأكثر ما يستعمل في هذه الاحوال مطبوخ أوراق هنپ الدب
(١٤) جراماً على ١٥٠ من الماء أعنى نصف أوقية على ست أواق من
الماء يعطى من ذلك كل ساعتين ملعقة كبيرة) واجود من ذلك تأثيراً
استعمال التنين مع الاستمرار وقد شاهدت منه نجاحاً عظيماً في الاحوال
المستعصية لهذا المرض وفي الدوار الاخيرة للالتهاب المثاني النزلي
الحاد خصوصاً في الشكل المزمن منه نستعمل بكثرة المياه المعدنية القلوية
كما قبشني وإس ونحو ذلك وكذا يحصل نجاح عظيم من استعمال الجواهر

البلمية الرائجة فادلهما تأثير ايجادا على السيلان الخاطية المجرية
 وذلك كزيت الترمينينا وماء القطران وبلغم الپيرو وخصوصا بلغم الكوباي
 الذي يعطى في محافظ صغيرة غروية واذا لم تنجح هذه الوسائط وجب
 الانتقال لاستعمال المعالجة الموضعية الاواريطية على الغشاء المخاطي
 المثاني بواسطة الحقن خصوصا الحقن بالماء الغائر الذي تخفف بالتدريج
 درجة حرارته الى ١٦ درجة ريمير وهذه الطريقة المنسوبة الى المعلم سيبيل
 تستعمل خصوصا عند النساء بنجاح عظيم وقد يضاف للماء الغائر بعض
 الجواهر المضافة كاللبن ومطبوخ الخطمية أو الصمغ وبني أن يفعل الحقن
 بالاحتراس أو بواسطة جهاز هيجار واذا أريد استعمال الحقن بالقوابض ينبغي
 الاحتراس العظيم في ذلك وذلك كحقن محلول نترات الفضة الخفيف
 وكبريتات الزنك وحض النيك والتنير ونحو ذلك أو الحقن بواسطة جواهر
 مخدرة (تكلالة الافيون أو خلاصة ست الحسن) أو بجواهر مضادة للتعب
 (كحض الكربوليك) وقد تستعمل الحقن كذلك بمصل بلغم
 الكوباي (بقدر ثلاث جرامات على ١٥٠ أعنى درهما على ست أواق)
 كما أوصى به بعض الاطباء ومدحه مدح عظيما والتأكد من وجود قروح
 في المثانة لا ينوع المعالجة وأما التقرح المنتشر للغشاء المخاطي المثاني فليس
 للمعالجة فيه ادى تأثير وفي العضامة الدائرية ينبغي قسطرة المثانة
 واستفراغها بالقسطير مع الانتظام كل ٨ ساعات أو ١٢ ساعة وبوضع
 للمريض حزام من على البطن واما في احوال العضامة المركزة فيوصى
 المريض بعكس ذلك فيؤمر بحجز البول زمنا طويلا ما يمكن لاجل تمدد المثانة
 ثم سدد تدريجيا وقد اوصى بعض الاطباء في مثل هذه الحالة بوضع قسطير
 مرنة في المثانة وضعها مستقرا وسد فوهتها بسدادة ولا تستفرغ المثانة الا كل
 ساعتين أو ثلاثة

(المبحث الثاني في الانتهاب المثاني ذي)

(الغشاء الكاذب والقنبري)

الانتهاب المثاني ذو الغشاء الكاذب والد قنبري يكاد لا يحصل الا في مدة
 سير الامراض التدممية الثقيلة كالتمم العفن للدم والتبغموس والجدري

والعرضية وبصاحب اذذاك التهابات مماثلة له في أغشية مخاطية أخرى
ويندر حصول هذا الالتهاب من الاقراط في استعمال الذراريح أو عقب
الولادة الساقية وعقب التيج الشديد جد الماشاة بواسطة البول المنفرد وفي
هذا الشكل من هذا الالتهاب يتمكون نضج التهابي منعقد متفاوت
الملك والقوام فتارة يكون مغطيا للسطح السائب للغشاء المخاطي المثنائي
أو مرتصفا في منسوج هذا الغشاء ويندر ان يكون من هذا الى جميع سطح
المثانة بل الغالب ان يكون قاصرا على بعض اصقافها مكونا للبقع ذات شكل
مستدير أو أشمطة وبعد انفصال الحشكر يشات الدقة تيربة مختلفة فقد جوهري
الغشاء المخاطي ولا يمكن معرفة هذا المرض مدة الحياة الا بخروج تعدادات
حشائية مبيضة اللون مع البول مصحوبة بزحير بولي شديد وفي الالتهاب
المثنائي ذي الغشاء الكاذب الذي يشاهد احيانا عقب الاقراط من استعمال
الذراريح أو الولادة الساقية بواسطة الجمعت قد شوهد خروج أغشية كاذبة
عظيمة مع البول ومعالجة الالتهاب المثنائي ذي الغشاء الكاذب والدقتيري
تستدعي نفس الوسائط الملاجية التي أودعنا باستعمالها في الاحوال
الشديدة الحادة من الالتهاب المثنائي التزلي

(المبحث الثالث في الالتهاب المثنائي الدائري)

يحصل في المنسوج الخلوي المحيط بالمشاة أي الضام لها مع الاجزاء المجاورة
التهابات فلفغومية ذاتية احيانا تعرف بالالتهاب المثلثي الدائري بقطع
النظر عن الالتهابات التي تحصل في هذا المنسوج الخلوي عقب ثقب المشاة
وقروح جدرها أو خراجات فيها وحصول هذه الالتهابات الفلفغومية اندر
من حصولها حول المستقيم وتكاد ان لا تشاهد الا في الامراض التدممية
كالتيفوس والحجيات الطفعية الحادة ولحمود ذلك ويندر جد ان يكون حصول
هذا الالتهاب ذاتيا عند الشخص سليمة من قبل بدون اسباب معلومة وهذا
الالتهاب له ميل عظيم للإنتهاء بالتقيح وتغفر المنسوج المصاب ويمتد
بسهولة الى المنسوج الخلوي الضام لبقية اعضاء الحويض ببعضها والمثبت
لها يجدر الحوض ويمكن ان يسكب الصديد في المثانة أو المستقيم أو المهبل
أو جهة الخارج من الجها وزيادة عن ذلك يعطى الالتهاب المثنائي التزلي

المزمن وقروح المثانة بالالتهاب الدائري المزمن لهذا العضو الذي يؤدي
لحصول كثافة وتيبس في المنسوج المحيط بالمثانة والنساء يحاولن
التمتع اقامتينا وفيه قد تتسكون أيضا خراجات في بعض الاحوال
وفي اغلب الاحوال يكاد لا يعرف هذا المرض فان كلالا من الزحير البول
المؤلّم والآلام العمماء المستمرة في الحوض والشعريرات المتكررة والاحتباس
البولي التام اذا كان الحالبان أو قناتا مجرى البول منضغطة بالخراج
المتسكون لا يرتكن اليه مع التأكد في التشخيص ولا يصير كيدا
الانقى وجد خراج في الجهة المقدمة من المثانة أعلى العانة وكان هذا
الخراج مكونا لبروز كرى الشكل لا يزول عند استغراغ المثانة او كان مكونا
لورم متوج في الجهاض أو احسن بقوج هذا الورم عند الجلس في المستقيم
أو المهبل ومعالجة الالتهاب المثاني الدائري من خصوصيات الجراحة

(البحث الرابع في درن المثانة)

(وسرطانها)

درن المثانة يحصل عادة حصولا تابعا لدرن الحالبين والكلية ين والحويض
ويظهر في المثانة كذلك اما على هيئة درن منتشر أو متجمع يعقبه بعد اياه
وتقرحه قروح غير منتظمة مستديرة تارة وتارة تفصل استئصاله جنيبة
منتشرة في الغشاء المخاطي المثاني تؤدي لحصول تمسكات متسعة فيه لكن هذا
أندر حصولا مما في الحالبين والحويض

ثم ان امراض الدرن المثاني تشابه بالكلية امراض الالتهاب المثاني التزلي
المزمن والتقرح المثاني المزمن ويوجد عند المريض ايضا في هذا المرض
زحير مثاني مؤلم ويكون البول مختلطا بمواد مخاطية صديدية غزيرة ذات
رائحة نوحا ساذجة من فساد واخلاله ويحصل عند المريض احيانا انزفة
مثانية وعلامات ضخامة المثانة الدائرية والمركزية تصاحب الدرن المثاني
والذي يرتكن اليه في تشخيص هذا المرض مع التأكد الاستئصال الدرنية
للخصيتين والبروستة وكذا ظهور الياف مرنة أو خريشات عظيمة من جدر
المثانة يستدل منها على وجود تغير مفسد هذا العضو ويرة كى الى ذلك
في التشخيص التمييزي وقد شاهدت في امرأة متزوجة تدور المثانة والمسالك

البولية والكليتين قرحة غير منتظمة مشرزمة ذات قاع سنجابي في الفرج
محيطه بقوّة قنطرة مجرى البول

ومعالجة الدرن المثاني هي عين معالجة الالتهاب النزلي المثاني المزمن لكن
لاثرة فيها على العموم

وأما سرطان المثانة فليس كثير الحصول ويظهر في المثانة لما ظهور اوليا أو
تأبعيا لامتداد الاستحالة السرطانية من الرحم أو المستقيم الى المثانة وأشكال
السرطان المثاني التي تشاهدهي السرطان الاسكري والنضاعي واكثر
منهما السرطان الهلامي أو الخلي في الشككين الاولين تشاهد اما استحالات
سرطانية منتشرة في جدار المثانة يحصل عقب تلاشي استطرقات بين المثانة
والمهبيل أو بينها وبين الرحم والمستقيم واما ان ينشأ عنها أورام محدودة او ذات
عنق في المثانة وأما السرطان الخلي فيتكون فيه مادة سرطانية رخوة
متكونة من تولدات دقيقة خلية تخرج في الماء وتتفصل مدة الحياة زمنا
فزمنا فينتج عن ذلك انزفة مثانية

وكذا في السرطان المثاني تكون الاعلامات الاكثر وضوحا عند المريض هي
علامات الالتهاب المثاني النزلي المزمن وفي هذا المرض يحصل التزيف
المثاني بكثرة مما يحصل في الدرن المثاني ويرتكب في التشخيص التمييز الى
استعصاء الاعراض وتثاقلها على الدوام وطه ورسوء التقنية السرطاني ووجود
اورام سرطانية في الاعضاء المجاورة وبالنسبة على البحث المبكر سكوني
عن الجزئيات السرطانية التي تنقل مع البول زما قزما والمعالجة لا تثمر
في هذا المرض وتكون قاصرة على مقاومة الانزفة وإيقافها وعلى إزالة
احتباس البول الذي يحصل زما قزما قزما على باقي الاعراض الخطرة

(البحث الخامس في التزيف المثاني ويعرف)

(بالبول الدموي)

التزيف الذي يحصل من الاوعية المثانية يكون ينبوعه في كثير من الاحوال
حيوا أكثر مما يحصل هذا الشكل من الاجسام الغريبة التي دخلت
في المثانة او حصياتها ذات الحواف الحادة وعند النساء المصابات بالاستر يا
كثيرا ما تشاهد احوال غريبة من هذا القبيل فانه كثير ما يدخل

في اعضاء التناسل أو قذارة مجرى البول أجساماً غريبة تكون سبباً لحصول
التزيف وفي أحوال أخرى تؤدي قروح المثانة لتأكل في جدران الاوعية
وحصول التزيف المثاني وهكذا التولدات المرضية الجديدة كالدرن
والسرطان سيما السرطان الخبيث فكثيراً ما ينتج عنها انسكاب دموي
في المثانة ويندر أن يكون التزيف المثاني ناتجاً عن الإفراط من استعمال
الغزاريج وهو المعروف بالبول الدموي التسمي أو عن الدياتيز التزيفي
وبالجملتين يمكن أن ينتج عن التددات الوعائية الشديدة للمثانة والدواليات تمزق في
جدار هذه الاوعية وانزفة مثانية لكن حصول الانزفة المثانية بهذه الكيفية
نادر جداً ولو ان العوام يعتقدون حصولها بكثرة ويسمونه بالتزيف المثاني
الباسوري ومن المعلوم أن احتباس الدم في المثانة وتعدداً وهيتها قليل جداً
بالنسبة لما يحصل في المستقيم فلا يظن بوجود هذا الشكل الاخير من التزيف
المثاني الا بعد اعتبار الظواهر المرضية وفي وجود جميع الاشكال الاخرى
للتزيف المثاني

والتزيف المثاني ولو ان فيه اختلاط الدم بالبول لا يكون عظيماً جداً كما في
التزيف الحويضي والحالب وفي هذا المرض يحصل أيضاً تجمعات دموية
عظيمة مزادة عما يحصل في التزيف الحويضي والحالب الا ان كلامنا هاتين
العلامتين ربما يقع في الخطا ولذا كانت معرفة بنوع التزيف الآتي مع
البول حسرة جداً في الغالب والذي يرتكز اليه في ذلك هو اعتبار العلامات
المصاحبة فإن البول الدموي المثاني يكاد ان يصطبغ على الدوام بالامات
تغيرات جوهرية في المثانة فيوجد في الزمن الذي لم يستفرغ فيه دم مع البول
مواد مخاطية وكرات صدينية وتعر في البول ونحو ذلك

* (المعالجة) *

اهم شيء في معالجة التزيف المثاني مضاربة المرض الاصل في الناجح هو
عنه وفي الاحوال الثقيلة لهذا المرض يوصى باستعمال الكمادات الباردة
والجليدية على قسم المثانة ويعطى التنبير من انبساط بمقدار عظيم جداً لكن
اذا استمر التزيف وصار مضعفاً للرييض وجب استعمال الحقن في المثانة
بالماء البارد أو محلول الشب اوزاج الحار صين او نترات الفضة والتعقيدات

الدموية العظيمة التي تسد فوهة المئانة ينبغي تبعيدها على حسب قواعد
الجراحة ويستعمل مع النجاح غالباً الحقن الباردة المتكررة في التزيف
البولي الباسوري وفي غير هذا الشكل من التزيف المثاني

(المبحث السادس في التجمعات الحصوية للمثانة)

(أى الحصيات المثانية)

(كيفية الظهور والاسباب)*

كيفية حصول كل من الحصيات الكلوية والمثانية لم يزل غير واضح اذ
لا يوجد توجيه ثابت ثبتونا كافياً بحيث يرد الاعتراضات التي تتوجه
عليه. وهذا يقال بالخصوص بالنسبة للرأى القائل بان تكون الحصيات
البولية ناشئة عن تغير مخصوص في التبادل العنصري أى سوء قنية ينشأ عنها
تكون كمية عظيمة من حمض البولييك أو الأوكساليك أو الملاح الفسفاتية
وتفصل من الدم بواسطة الكلوية ومن ذلك تكون رواسب في المسالك
البولية وتوجيه المعلم يشير بالنسبة لتكوين الحصوات يميل له العقل وعلى
مقتضاه لا تفصل الجواهر التي ترسب في المسالك البولية وتكون تراكمات
حجرية أحياناً من الكلوية بل انها تتكون بواسطة انحلال البول وفساده مدة
مكثه في المسالك البولية وهذا الفساد يصير في البول بعد استفرغته وتعرضه
للهاوئ من أطول بلا فيحصل ابتداء تخمر حمضي به تستحيل العناصر الملونة
والخلاصية للبول الى حمض البينيك وينفصل حمض البولييك من اتحاداته
القابلة للانحلال فيرسب ويعقب التخمر الحمضي تخمر قلووى قد تستحيل
البولينا الى كربونات النوشادر واتحاد النوشادر بفوسفات المانيزيا المشتمل
عليها البول ينشأ فوسفات النوشادر والمانيزيا المعنى بالفوسفات الثلاثي
القاعدة والخميرة التي تحدث تخمر البول في المسالك البولية هي المواد
المخاطية التي تنتج عن نهايتها التزلى لكن للواد المسكورة تبعاً للمعلم
شيرز زيادة عن ذلك تأثير آخر مهم في تكون الحصوات فانها تستخدم كواسطة
انضمام للرواسب بحيث ان التعدادات المخاطية تكون في معظم الاحوال
نواة عليها تتراكم الرواسب البولية وتركيب الحصوات المكونة من طبقة

دائرة فوسفاتية ونواة مركزية مكونة من حمض البولييك يوجه تبعاً
لنظريات شيرر بأنه مادام القصر الحمضي مستقراً كذلك يستقر رسوب حمض
البولييك لكن متى طرأ القصر البولي باستمرار الانتهاب التزلي زمن أطول وأو
عقب ثقافته الناتج عن تهيج الحصاة البولية ترسب الاملاح الفسفاتية

وتبعاً للنظريات المعلم ميكال لا يلزم تكون رواسب بولية حتى تنشأ الحصوات
هنا فان معظم الحصوات البولية متكونة ابتداءً من أوكسالات الكلس
وكيفية تكونها ان الغشاء المخاطي للأسالك البولية يصير
مجالس الانتهاب تزلي نوعي يعبر عنه ميكال بالنزلة الحصوية فهذا الانتهاب
التزلي تنفرز مواد مخاطية خيطية لزجة لها ميل للقصر الحمضي فينتد
يظهر فيها أوكسالات الكلس وفي الابتداء تكون المواد المخاطية الاوكسالية
الكاسية ذات قوام هلامي وتأخذ شيئاً فشيئاً من البول المتفسدة عظيمة من
أوكسالات الكلس فينتد تزداد صلابتها وتصبح ارتشاء ومادام البول كثير
الحمضية يعظم حجم الحصاة بتكون طبقات جديدة من أوكسالات الكلس
المخاطية التي تتراكم عليه وتصبح كذلك فان صار البول فيها دقاً قلوا يتقدم
الانتهاب التزلي في السيرة ولا تنمو الحصاة بتر اكمل جديد بل بالتداخل الجزئي
مع استعمال جديدة بمعنى ان أوكسالات الكلس تزول أو تنطرد ابتداءً بمحض
البولييك ثم يولات النوشادر ثم بالاملاح الفوسفاتية وأخيراً يتكون عن
الحصوات الاوكسالية بهذه الكيفية حصوات فوسفاتية ولو اردنا التعرض
لما نقص من هذين التوجيهاين والى الاعتراضات التي تقووجه الى حقيقةهما
اطال علينا الكلام ونخرجنا عن الموضوع وكذا من المعالوم ان الاستعداد
الوراثي في تكون الحصوات غير واضح أيضاً بل قد شوهد في بعض فروع
عائلة واحدة نوع واحد من الحصوات والرجال عرضة لها أكثر من
النساء ومن الطفولية لا يكون مصوناً منها بل يكثر تكونها في الرمل فيه
ويكثر وجود هذا المرض في بعض الافاليم زيادة عن الاخرى كالكثرة

ويظهر ان شرب المياة المحتوية على الكلس ليس له دخل في تكون
الحصاة بخلاف المشروبات المخمرة المحتوية على حمض الكربونيك فان له
دخلاً في نكو بنها وبالأقل في تكون الحصاة المحتوية على أوكسالات الكلس

وجميع المؤثرات المضرة التي تهييج المسالك البولية وتؤدي الى التهابات
نزلية فيها يمكن ان تكون سببا لتكوين الحصوات لكن من الامور المهمة
كون بعض الالتهابات النزلية يستمر زمنا طويلا بدون تكون تجمعات
حصوية بخلاف البعض الآخر فانه يؤدي لحصولها بسرعة

(تنبيه تكون الحصوات بالنسبة لقطر المصري يختلف فيكثر جدا في الاقاليم
البحرية منه ويقل جدا في الاقاليم القبلية فليس السبب في ذلك شرب
المياه العذبة النيلية كما تزعمه العوام بل كثرة حصول الالتهابات النزلية
في الاولى دون الثانية وذهب بعضهم في العصر الاخير الى أن كثرة تكون
الحصوات البولية في المثانة مبني على وجود نواة متولدة من الدودة
البلهاريسية (المعروفة بالديستوما هيما توبيوم)

* (الصفات التشريحية) *

يختلف كل من عظم الحصيات البولية وعددها وشكلها وتركيبها السكباوي
والصغيرة جدا منها التي توجد بعدد عظيم عادة تسمى بالرمل البولي
وأما شكل الحصيات ولونها فيختلفان باختلاف تركيبها وقدميها
الانواع الاتية

أولا الحصيات المتكونة من حمض البوليك والاملاح البولية وهي
مستديرة أو بيضاوية وذات لون أحمر مبرح عادة صلبة جدا وثقيلة الوزن
وسطحها أملس أو ذو نتوءات

ثانيا الحصيات المتكونة من أوكسالات الكلس وتكون ذات سطح ذي نتوءات
أو حلى ولذا تسمى بالحصيات التوتية وهي صلبة جدا ولونها أسودا كن
أو مسود (وهذا ناتج عن المادة الملونة للدم المتغيرة المختلطة بها) ومع ذلك
توجد حصيات صغيرة من أوكسالات الكلس شبيهة بحبب الشهد الخ

ثالثا الحصيات المتكونة من فوسفات النوشادر المائي نيا ومن فوسفات
الكلس وتكون ذات لون مبيض أو سنجابي وذات شكل مستدير أو بيضاوي
ووزنها النوعي خفيف وذات قوام هش طباشيري

رابعا الحصوات المتكونة من الستين وهي نادرة ولونها عادة أبيض مصفر

ملساً ويندر ان يكون سطحها اذا اتحدت
خامسا الحصوات المتكونة من الاكستين وهي اندرم السستينية وصلبة
جدا ولونها أصفر محمر و سطحها أملس عادة

سادسا الحصوات المتكونة من عدة طبقات مختلفة التركيب وهي كثيرة
واحيانا يكون حمض البوليكت الفواة واوكسالات الكلس تكون الغلاف
ويندر العكس والغالب ان تكون الحصوات مكونة من عدة طبقات فيها
يكون الغلاف مكونا من الاملاح الفوسفاتية ومحتويا على نواة متكونة اما
من بولات الكلس واوكسالاته او من عدة طبقات متكونة على التعاقب من
أحدهذين الجوهرين

ثم ان الحصوات المثانية تكون اساسية في المثانة فتتغير أوضاعها بتغير
أوضاع الجسم أو تكون مثبتة في انبعاجات أو جيوب من الجدر المثانية
والغشاء المخاطي المثاني يكون في حالة التهاب تترلى أو تقرح نزلى والطبقة
العضلية تكون في حالة تضامة ومع ذلك فقد تنفذ جميع هذه الظواهر متى
كانت التجمعات الحصوية ملساً وخفيفة

* (الاعراض والسير) *

لا يكثر وجود احساس واضح في المرضى بالحصيات المثانية ووجود جسم
غريب عندهم في المثانة يتغير وضعه باختلاف أوضاع الجسم فالعرض
الرئيس الملازم هو الألم في قسم المثانة الذي يزداد بالوقوف والمشي والركوب
ونحو ذلك وتنقص عند ملازمة الاستلقاء على الظهر وهذا الألم يمتد على طول
القضيب الى الحشفة فيحدث اكلانا شديدا في القلفة وعلى الخصوص عند
الاطفال بحيث يلجؤهم الى حذوها وحكها ولذا ان كلاما انتفاخها
الأوذى ماوى واستطالة القضيب استمالة غير طبيعية عند الاطفال يعدم
العلامات التفضيضية للحصيات المثانية أو اقله يظن منه بوجودها عندهم
وفي اثناء التبول ينقطع سلسول البول فجأة بسبب وقوف الحصاة امام
عنق المثانة وسدها فاذ انقصر المريض رضعه أمكن خروج البول وانقمام
حركة التبول ثانيا وفي الاحوال التي فيها يكون التبول به لاغير مؤلم في
الابتداء يكون انتهاء حركة التبول معجوبا بالألم شديدة عادة وعنده الألام

تصطبب بالام اخرى في الحصىتين والفخذين والقسمين الكلوين
وبانتقاض تشبهي في الاست والى ظواهر انعكاسية عمومية احيانا وجميع
هذه الاعراض بل واعراض التزلة المشانية أيضا والبول الدموى الذى
يحصل زمننا فز من لا تكفى لنا كيد التشخيص فلا ينبغي للطبيب حينئذ
الحكم بوجود الحصىات المشانية الا بعد التأكد من وجودها بواسطة
الجلس بالقساطر

(المعالجة)

لم يثبت الى وقتنا هذا انه يمكن الوصول الى حل حصىات مشانية عظيمة
بواسطة جواهر دوائية باطنية ولوان الحصول على ذلك طبعا للنظريات
الكيمائية لا يمكن انكاره وعلى حسب تركيب الحصىات المشانية قد اوصى
باستعمال وسائط علاجية تصير البول قلويا تارة أو تتردد في حمضيتها تارة
اخرى فانالة القصد الاول من المعلوم انها سهلة اكثر من الثانى لان
الكرينات القلوية والاملاح البنائية القلوية التى تدخل في الجسم تنفذ
مع البول على صفة كروينات قلوية لكن بعصر علينا ازدياد حمض البول
واستعمال حمض الجاويك الذى ينفر زم البول على هيئة حمض فوق بوايك
لاجل تحليل الحصىات الفوسفاتية جاز طبعا للنظريات لكن في الحقيقة
لا يمكن استعمال هذا الجوهر استعمالا مستمرا بمقدار عظيم بسبب تأثيره
المضر على المسالك الهضمية ويمكن ان يكون لاستعمال حمض الطرطر يك
أو الليمونيك تاثير جيد في تحليل الحصىات الفوسفاتية لكن هذه الجواهر
وان كانت لطيفة التاثير في القناء الهضمية الا انه لم يتيسر استعمالها الى
الان في الطب العملى بل المستعمل عادة الكروينات القلوية بدون التفات
الى التراكيب الكيمائية للحصىات وارسال المرضى الاغنيا الى الينايس
القلوية المعدنية كوشى وكرلوس بادون نحو ذلك فان الينايس المذكوره وما
ماثلها المشهورة قائمة في معالجة الحصىات البولية ويظهر ان لتاثير الجليسد
للمعالجة بهذه المياه المعدنية القلوية الفاترة ما تخرج عن التاثير الجليسد الذى
تحدثه هذه المياه على الالتهاب التزلى للبراية الذى هو اليبوع
الرئس لتكون الحصىات فيها وفيه بالنظريات سيكال استعمال الكروينات

القلوية والاملاح النباتية القلوية واجب فانها تصير البول قلويا وتعين على استعالة الحصوات الاوكسالية والحضبة البولية العصبية الى حصوات فوسفاتية رخوة سهلة التففت وعلى كل حال ينبغي الاثشاء بعدم استعمال معالجة جديدة مؤسدة على النظريات بخلاف المعالجة القديمة المستعملة الى وقتنا هذا ولا تثق باستعمال طرق علاجية جديدة مؤسدة على نظريات غيرا كيدة الى ان يتضح الحال وزيادة عن السكر بونات القلوية وفوسفات السودا الذين يعطى من كل منهما نحو ٨ جرام (اعنى درهمين) كل يوم قد استعمل أخيرا كرونات الليتيوم واشتهر هذا الجوهر فى معالجة الحصوات بحيث ان كثير من الاطباء يوصى به وما كنا نعتبر هذا الايضا لو كان مرتكنا فقط الى مجرد التعلقات النظرية وهى ان قوة حل هذه الكرونات للحصوات البولية أعظم من حل بي كروناتهما بقدرست مرات او ازيد لكن حيث ذكر بعض الاطباء المعتمدين جدا تجارب تؤيد منفعة ~~سكر~~ بونات الليتيوم فى الاكلينيك فمن الجائز التماسى على استعماله فى الاحوال الالايقة فيعطى من ذلك كل يوم ٣ مرات من ٥ صغرام الى ٢٥ (اعنى من قعة الى ٥) ومع هذا الامانع من استعمال شرب ماء ويلنجير أو ويني أو كرلوس باد واما معالجة التهابات التزلية المثانية والتزيف المثانى التى تنتج بكثرة عن الحصيات المثانية فقد ذكرناها فيما تقدم واما العمليات الجراحية التى نستدعيها للحصيات فهى من خصوصيات فن الجراحة

(تنبيه) المعالجة الطبية المذكورة فى هذا البحث هى عين ما يستعمل فى معالجة التجمعات الحصوية الكلوية ولعذم التكرار لم يذكر المؤلف فى مجت الحصوات الكلوية الامعالجة المنقص الكلوى نفسه

(فى الامراض العصبية للمثانة)

الحالة العصبية الطبيعية للمثانة وكيفية انقذاف البول لم يزل فيها بعض امور غير واضحة بالنسبة لعلم الفسيولوجيا والظاهرة المعروفة مثلا من كون الشخص السليم اذا امر بقذف البول لا يمكنه ذلك اذا كان شخص آخر مشاهدا له وكذا الظاهرة الاخرى وهى كون أغلب الاشخاص عقب تزولهم بجاء من ركوب نحو حربة أو فرس لا يمكنهم قذف البول الا بعد بعض زمن

فكلا هذين الامرين لا يمكن توجيههما توجيهها كافيا ومع ذلك يسهل علينا
دراسة التغيرات العصبية للمثانة مع الفهم متى قسمناها الى امراض عصبية
حسية والى امراض عصبية تحرصكية وميزنا امراض الحسية الى التبرج
المثاني أى ثوران الحس والى ضعف حساسية المثانة والتحرصكية الى تشنج
المثانة وشللها

(المبحث السابع فى تبرج المثانة العصبى)

(أى ثوران حساسيتها)

ثوران حساسية المثانة يشاهد خصوصا عند الأشخاص المفرطين فى شهوة
الجماع خصوصا منهم مكن على الاستئنا باليد (ويعرف بجلد عميرة) فان امتلاء
المثانة يحدث عنده هؤلاء الأشخاص تطلبا عظيما لقبول فاذا لم يمكن اخراج
البول حالا حصل عندهم آلام فى قسم المثانة وعلى طول القضيب والقدرة
على حجز البول فى المثانة عند هؤلاء الأشخاص لا تكون مضطربة بحيث
لا يكون ثوران الحساسية فى هذه الحالة مرتبطا باضطراب عصبى فى حركة
المثانة لكن احيانا يكون ثوران حساسية المثانة معصوبا بنقص فى قوة
الايلاف العضلية المثانية المستطيلة أى القاذفة للبول ولذا تعتقد
العوام والحق معهم ان سلس البول القوى علامة على قوة الشهوات
التناسلية والسلس البول الضعيف للبول علامة على عكس ذلك ويشاهد ثوران
حساسية المثانة بدرجة عظيمة احيانا عند الأشخاص بعد البرد من السيلان
المجرى بحيث ان مثل هؤلاء المرضى تمتنع عن اشغالهم بالكسبية لعدم قدرتهم
على حجز البول مدة ربع ساعة تقريباً وبذلك يصيرون فى حالة يأس عظيم
وهذا الشكل من التبرج المثاني وان تضاعف كثيرا بالتهاب نزلى خفيف
فى المثانة الا ان عدم قدرة المثانة على تحمل تنبيه مقصلا هو العرض
الرئيس الكثير الموضح فى هذا الشكل من التزلز المثانية ولا يشاهده افراس
مخاطى غزير مطلقا

وفى الاشكال الحفيفة من تبرج المثانة العصبى التى تشاهد عند الأشخاص
المنهمكين على الافراط فى شهوات الجماع وجلد عميرة يوصى عادة بزيادة عن
تجنب السبب باستعمال الحمامات الباردة فى الانهر والبحار والحمامات

الجلاوسية الباردة أو التشلل البارد وأما في الاشكال الثقيلة لهذا المرض
كأنني تعقب السيلانات المجرية فقد شاهدت شعاعها باستعمال بلسم
الكوماي بمقدار عظيم بعد استعصائها على المعالجة المنتظمة بالماء البارد
وحقن المثانة وغيرهما من الوسائط العلاجية وأما الالام العصبية للمثانة
أعني التنبيه المؤلم في أعصابها الحاسة الذي لا يكون متعلقا بتهييجات اثرت
في انتمائها آتم الدايرة فليس عندي لها مشاهدات اكيدة

(المبحث الثامن في ضعف) (حساسية المثانة)

يوجد اشخاص لها قدرة على تحمل كمية عظيمة من التجمع البول في المثانة
بدون ان يحسوا بتطلب عظيم للبول ومع ذلك لا تعتبر هذه الحالة حالة مرضية
وهكس ذلك يقال في التبول الليلي فانه ينسب لضعف حسي غير تام في
الاعصاب الحاسة للمثانة أو لقلة قلبية قنبيها وهذه الظاهرة المهرزة التي
تكون سببا لتعذيب الاطفال أولئك الذين بعض العائلات فيما اذا كان موجودا
في العيلة طفل كبير مصاب بهذه العاهة تنسب عادة لشلل غير تام في المثانة
ومهما كثرت مشاهدة لتبول الليلي لا يرى فيه ار العضلة العاصرة مدة النهار
ليست مقمة لوظايفها وان الاطفال تبول نقطة نقطة أو ان يوجد عندهم
ازدحام ومرعة عند التطلب للبول فينثذلا بمن توجيه التبول الليلي
الابكيفيتين اما ان تكون حساسية المثانة التي يحدثها تجمع كمية من البول
فيها موجودة الا ان قوتها ليست كافية في ايقاف الاطفال من نومها
الطبيعي وان الحساسية المذكورة على حالتها الطبيعية لسكن النوم فيبقى
جدا في الحالة الاخيرة التبول الليلي يتأخر في حصوله الظاهرة المعروفة
من كون بعض الاطفال تقع من فراشها بدون ان تستيقظ وأما في احوال
التبول الليلي الذي يشاهد عند المراهقين فمن النادر جدا ان يكون ناشئا
عن استغراقهم في النوم ويندر ان التبول الليلي الذي يشاهد على الخصوص
عند الاطفال و يسفر غالباً الى سن البلوغ عند احيانا في سن العشرين
وينبغي ان ينبأب معرفة هذا الامر والاخبار به اذ بذلك يمكن تسكين روع المرضى
واهلهم الايسين

وفي العادة لا يعطى للأطفال المصابة بالتبول الليلي وقت المساء مشروبات
بكثرة ولا اغذية سائلة وتوقظ مدة الليل مرة أو جملة مراراً لجل التبول
وهذه الاحتراسات وان كان لا يمكن ذمها فليست ذات منفعة عظيمة جداً
لكن الذي نذمه بكثرة هي المساواة التي تعامل بها بعض الأطفال كالضرب
ونحو ذلك ما لم يكن البول الليلي نتيجة الكسل من القيام من الفراش اذ
في المدارس وغيرهما من محلات تربية الأطفال وبيوت الملتطمين كثيراً
ما تستعمل المساواة المفرغة في ذلك بدون فائدة وقصارى الامر نقول ان
الخوف من النعاس والسهر كثير اما يكون سبباً للتبول الليلي لوقوع الطفل
بعد السهر في نوم فزير والاطمئنان في النوم كثيراً ما يكون مانعاً ولهذا
يجب ان الأطفال الخوفهم يستيقظون أولاً ثم يقعون في نوم عميق فيكون
هذا سبباً في استمرار الداء عندهم واما اذا اطمانت الأطفال واعطى لهم
جوهر دوائى خفيف التأثير جداً وسكن روعهم بذلك فن الجاثراهم
يستيقظون في الوقت المطلوب ويمتدح حصول هذا العارض عندهم زمناً
طويلاً أو يزول بالكلية وكثيراً ما يولغ في جودة جواهر وقيل انها سريرة التأثير
ونافعة جداً في البول الليلي وهذه الافاويل وان لم يجزم بصدقه السكّن من
الاكيد ان كلامنا في تأثيرها ونجاحها انما نتج عن الاعتقاد فيها وتسكين روع
الأطفال بها لا من تأثيرها الدوائى الخاص ولهذا لا ينبغي للطبيب الاعمال في
تسكين روع المرضى المصابين بهذه العادة وتعشيمهم بزوالها واعطائهم مع
ذلك جواهر دوائية غير قوية التأثير وتطعيمهم في نجاحها اذ كثيراً ما يحصل
باستعمال هذه الطريقة عند الأطفال خصوصاً عند البالغين نجاح وقتي
يستمر فيما بعد بحيث تصير المرضى وأهلهم متعجبين من ذلك ويعطى في مثل
هذه الاحوال عادة اما مقدار صغيرة من بي كرونات الصودا ومن الاملاح
الحديدية أو خلاصهما من الجواهر الخفيفة التأثير أو كما أوصى به في العصر
الاخير المعلم ترسو باعطاء المصاب بذلك قدر سنقيرام واحد أو اثنين اعني
من $\frac{1}{2}$ من قطعة من مسحوق البلادونا مع جزء مساو له من خلاصتها واما
استعمال الجواهر القوية التأثير كالاستر كنيو والذرايح وشراب بودور
الحديد بكمية عظيمة والحقن بسوائل مهيجة في المثانة فينبغي تجنبه ومن المهم

اعتبار دلائل علاجية مخصوصة تتخذ من الحالة العامة للمريض

وقد يحصل بعض فائدة عند البالغين المعتريهم البول الليلي من جهاز مدح في
جزيئات العصر المسجود وهذا الجهاز الصغير يشتمل على قطعة من الجلد
او الصمغ المرن حجمها كالقولة وفي وسطها فتحة صغيرة يوضع فيها عروة رباط
من نمل الفتحة جذاب بحيث يعصر تحريك تلك العروة فيدخل في هذه العروة
اطراف القلفة المتعذب امام الحشفة ثم يقبض العروة جذبا مناسباً فتندفعوه
القلفة بحيث يحتبس البول عند التبول الليلي في باطن القلفة المتعددة
فيستيقظ الذي يبول في فراشه بواسطة توزر القلفة عند اندفاع البول
وهذا الجهاز لا يضر الا عند البالغين الذين لم يحتنوا

(المبحث التاسع)

(في تشنج المثانة)

كثيرا ما يحصل انقباضات قوية في عضلات المثانة عقب تأثير مهيجات
على سطحها الباطن من وجود أجسام غريبة كالخسفيات المثانية كما ان
الانقباضات المذكورة تصاحب أغلب التغيرات العضوية للمثانة لكن حيث
جرت العادة بان لا تعذب من جملة الامراض العصبية التهيجات المرضية
للا عصاب المحركة لعضو تامني كانت هذه التهيجات ظواهر انعكاسية
ماقتبة عن تهيج الاعصاب الحسية لهذا العضو بالامراض التي تصيب جوهرة
فلا تطلق لفظ تشنج مثاني على الانقباضات العرضية لعضلات المثانة
التي تسمى بالانقباضات التشنجية العرضية بل نطلق على التهيجات
المرضية للا عصاب المحركة للمثانة غير المتعلقة بتغيرات جوهرة مدركة
في جدر المثانة

وقد ميز الشهير رومبرغ اسباب التشنج المثاني الى مؤثرات دماغية ونخاعية
وانعكاسية اما بالنسبة للاولى قلنا ذكر الامر المعلوم وهو ان حالة تنبيه العظيم
المعباتوى وان كانت غير داخل تحت الارادة الا انهم ليست بالكلية غير
متعلقة بحالة تنبيه الالياف والعقد العصبية للدماغ الا ترى ان الانفعالات
النفسية لها تأثير واضح في تنبيه الالياف المعباتوية فكما اننا نرى بتأثير

الخوف والغزع حصول انقباضات في الالياف العضلية للجلد المعروفة بمجلد
الاوزري كذلك انقباضات في الالياف العضلية المضيق للثانة وتطليا شديدا
للبول بنأثير عين الاسباب النفسانية المذكورة وكذا في أحوال التهيجات
الانتهائية للخصاع الشوكي والتغيرات المادية للدماغ قد تحصل انقباضات
تشنجية في الطبقة العضلية المضيق للثانة تبعاً لرومبرغ وهذه الظاهرة عسرة
التوجيه حيث ان الطبقة العضلية للثانة تنشأ اعضاءها من العظم السمبائي
غير ان هذا الانقباض التشنجي يشابه في حصوله الانقباضات التشنجية للثانة
عقب الانفعالات النفسية وأكثر ما يحصل التشنج المثلثي بطريقة الانعكاس
اذ عند الاشخاص الكثيرى الحساسية يحدث ترجيح الالعصاب الحساسية لقناة
مجرى البول بواسطة القسرة مثلاً انقباضات تشنجية في العضلات
العاصرة المثانية وقد يحصل هذا التشنج في احوال تهيجات المستقيم لاسباب
الرحم وبالجمل في أحوال أخرى قد يكون هذا التشنج المثلثي من جملة تطاير
مرض عصبي عوي ونسب هذه الاحوال لثوران مرضي في المجموع
العصبي المعبر عنه بالاستريا

* (الاعراض)

اعراض التشنج المثلثي تختلف على حسب كون الطبقة العضلية المضيق
هي المصابة بالتشنج أو العضلة العاصرة لها ففي الحالة الاولى ينشأ عن امتلاء
الثانة ولو القليل جداً زحير وتطلب عظيم للتبول فلا يكون للريض قدرة
على حجز البول باقباض العضلة العاصرة الا بتعب عظيم جداً بحيث ان
البول يسيل على الدوام وهذه الحالة تعرف بسلس البول التشنجي واما اذا
كانت الالياف العضلية للعضلة العاصرة بمجلس التشنج فلا يكون للريض
قدرة على قذف البول الا بمجهودات عظيمة جداً تقطع نقطة أو على هيئة
سلسول رفيع جداً وهذه الحالة تعرف بعسر التبول التشنجي وقد يكون
انسداد المثانة تاماً فيحصل انحصار البول بالسكبة وهذه الحالة تعرف بانحباس
البول التشنجي واما اذا كان كل من العضلة المضيق والعاصرة مصاباً بالتشنج
معاً فإنه يحصل عند المريض حالة كرب مؤلمة للغاية فمن جهة يوجد عنده
زحير بول مؤلم جداً ومن جهة أخرى لا يكون له قدرة على قذف البول ونحوه

وفي مثل هذه الاحوال يمكن ان تمتد الالة التشعبية الى اعضاء مجاورة اخرى
فيشاهد زحير مستقيم او اهتزازات في جميع الجسم او تشنجات عامة ومن
العلامات الواصفة للتشنج المثنائي التعاقب بين الفترات الخالية والنوب
المؤلمة الشديدة وهذه النوب لا تزيد مدتها عن بعض دقائق غالباً و احيانا
تستمر قدر نصف ساعة او تزيد وتعود في فترات كثيرة الطول او قليلة وتزول
عادة بسرعة كما ظهرت

وحيث ان التشنج المثنائي العصبي مرض نادر الحصول وتمييزه عن غيره من
امراض المثنانة صعب جدا ينبغي الاحتراس والتأني في تشخيصه فلا
يحكم بوجود تشنج مثنائي عصبي حقيقي الا بعد البحث الجيد عن
البول واعتبار الظواهر المرضية المصاحبة اعتبارا دقيقا يؤول كدلتنا عدم
وجود امراض اخرى مثنائية فيعد القسطرة الجيدة والتأكد من عدم
وجود اجسام غريبة في المثنانة يجوز تشخيص تشنج المثنانة العصبي
وفي معالجة التشنج المثنائي العصبي ينبغي اولاً اجراء ما تستدعيه المعالجة
السببية ففي بعض احوال مثلاً تفعل الوسائط التي يحصل بها شفاء تشنق
المستقيم او التي بها تشنق الاحتقانات المزمنة للرحم والتهابات المزمنة فان
هذه هي اقوى الوسائط نفعا في التشنج المثنائي العصبي وفي احوال اخرى
يزول هذا المرض متى امكن تنويع تغذية المريض وازالة التنبه المرضي
للمجموع العصبي بواسطة تغير الاحوال المسفر عليهم المريض وفي أثناء النوبة
يوصى باستعمال الحمامات الفاترة العمومية او الجلوسية والحقن بمنقوع
البابونج او حشيشة الهر المضاف اليها جواهر مسكنة انما الاجود من ذلك
نفعاً استعمال المركبات الافيونية من الباطن وقد اوصى المعلم بيتا في هذا
المرض باستعمال المحسسات الشعبية الرخوة وادخالها في المثنانة مع
الاحتراس العظيم

(المبحث العاشر) (في شلل المثنانة)

شلل المثنانة اما ان يكون مصيباً للعضلة العاصرة المثنائية او المضيق لها او
اكثرهما معا ومن المعلوم ان انقباضات العضلة المضيقية للمثنانة ليست

متعلقة بالارادة بل حصولها يكون بطريقة الانعكاس بواسطة التبرج الواقع
 من البول على جدر المثانة المتجمع فيها . واما انقباضات العضلة العاصرة
 فهي بعكس ذلك تحت الارادة وتوتر العضلة العاصرة الطبيعى يكفى عند
 وصول امتلاء المثانة لدرجة معلومة فى مقاومة انقباضات العضلة المضيقية
 للمثانة التى تحدث ضغطا مسمرا على مخرجها وتفتح عنقها حتى جاوز
 امتلاء المثانة الدرجة المذكورة وصارت قويا تنهز التوتر الطبيعى للعضلة
 العاصرة . وحينئذ لا بد وأن يحصل فيها انقباضات ارادية ان لزم الحال لحجز
 البول ومن هذه الاعتبارات الفسيولوجية تتضح نوعا اسباب الشلل المثانى
 فمن ذلك يتضح ابتداء بسهولة ان الامراض العضوية للدماغ والاضطراب
 العام فى الامراض الحادة الثقيلة التى فيها وظائف الدماغ تكون مضطربة
 انقطاعا عظيما يكون شلل العضلة العاصرة للمثانة من الظواهر السكيرة
 الحاصلة فى هذه الامراض . واما شلل العضلة المضيقية للمثانة فنادرا الحصول
 فيها فيشاهد عدد عظيم من المرضى المصابين بالسكتة الدماغية وبالجلطات
 التيفودية . يليون فراشهم أكثر من الذين يلجئ الحال عندهم للقسطرة
 ثم متى امتد الشلل من المجموع الدماغى النخاعى الى العظمى المهبلى
 وحصل ايضا شلل عظيم فى الحركة غير الارادية وتعمد الزرداد والتفج
 البطن انتفاخا طيبيا بسبب شلل الطبقة العضلية المعوية اشتد
 العضل المضيق للمثانة فى الشلل ايضا معها . وحينئذ يصل تعدد المثانة الى أعلى
 العانة وبما يعين ايضا على سلس البول فى الاحوال المرضية المذكورة . وان
 كلامنا امتلاء المثانة وسلس البول كغيرهما من التنبهات الدائرية لاهضاء
 اخرى لا يصل الى القوة المدركة وكذا لا يحصل الفعل الارادى الذى ينبج عنه
 انقباضات فى العضلة العاصرة وسد المثانة وبالجملة لانعكاسه فى بعض
 الاحوال النادرة من السكتة الدماغية والتيفوس ونحو ذلك . فحصل قبل
 الشلل العمومى شلل فى العضلة المضيقية للمثانة بدون ان يمكننا توجيها هذه
 الظاهرة وكذا فى امراض النخاع الشوكى طبقا للمعلومات الفسيولوجية التى
 ذكرناها . يشاهد شلل العضلة العاصرة للمثانة بكثرة جدا عن شلل العضلة
 المضيقية فلذا نرى ان اغلب المرضى المصابين بشلل النصف السفلى يحصل

عندهم سلس البول بسبب انقطاع تواصل السعال العصبي الى الفخاع
الشوكي ولهذا تلجئ لاستعمال اواني لاستقبال البول لعدم بللهم دائما
ويندر ان يحتاج الحال لقسرة عند مثل هؤلاء المرضى بسبب ندرة شلل
العضلة المضيق للثانة ومع ذلك قد يكون الاخير هو الواقع وذلك على حسب
مجلس الاصابة فان العقد العصبية الفخاعية يظهر انها هي واسطة توصيل
التنبيه من الاعصاب الحساسة المثانية الى اعصاب هذا العضو المحركة
فمن الجائز ان اذا كان جزء الفخاع الشوكي المنفرد هو الذي فيه يتم هذا
التوصيل يحصل شلل في العضلة المضيق للثانة وينعكس ذلك اذا كانت
اصابة الفخاع الشوكي اعلى هذا الجزء فانه تقال التنبيه وتوصيله من الدماغ
الى العضلة العاصرة ولوانه يكون متقطعاً الا ان توصيل التنبيه من الاعصاب
الحساسة المثانية الى الاعصاب المحركة للعضلة المضيق للثانة لم يزل مسقراً
وقد تحقق لي هذا الاستنتاج الفسيولوجي جيداً في عدد عظيم من
الاحوال التي شاهدتها في الزمن الاخير وقارنتها مع بعضها من هذه الحيثية
وزيادة من اشكال هذا الشلل المثاني المركزي اى الذى سببه في المراكز
العصبية توجد اشكال اخرى تسمى بالشلل المثاني الدائري اى التي فيها
اتهماأت الاعصاب تكون مكابدة لتغيرات مرضية وتفقد قابلية التنبيه الا انه
لا يمكننا اثبات صفة التغير التمريري الذي تكابده الانتهاء العصبية
المذكورة وبالجملة يعتبر من هذا القبيل شلل المثانة العضلي الناشئ عن
تغيرات جوهرية في الالياف العضلية والقرينات العصبية الانتهازية
لمتوزعة فيها والاسباب الغالبة لهذا الشكل من الشلل المثاني هي
التوترات الشديدة للعضل المثاني واشتراكه مع الغشاء المخاطي في الاصابة
المرضية ومن الجائز ان التمدد المفرط للثانة الذي ينتج عنه عائق في استفراغ
البول عند الاشخاص الممتنعين حياً من استفراغ المثانة زمناً طويلاً
يمكن ان ينتج عنه شلل مسقراً فيها وكذلك الانتهاء المثاني التري يمكن
ان يؤدي الى حصول الشلل المثاني خصوصاً عند الشيخ وذلك بامتداد
التهاب الى المنطقة العضلية المثانية

* (الاعراض) *

اعراض الشلل المثاني تختلف بحسب مجلسة ففى كان الشلل قاصرا على العضلة العاصرة وكان تاما سال البول سيلانا غير ارادى اذا وصل امتلاء المثانة لدرجة لا يكي فيها التوتر الطبيعى للعضلة العاصرة فى حفظ عنق المثانة منعقلا واما ان كان شلل العضلة العاصرة غير تام فانه وان أمكن المرضى مقاومة التطلب للقبول متى ابتدأت المثانة فى الامتلاء بعض زمن لكنهم يلجئون للسرعة والوصول لحمل التبول لانه اذا استطالت المدة واشتد التطلب للقبول لا تتم العضلة العاصرة وطبقتهما فلا يمكن حجز البول حجز ارادى او هذا الشلل غير التام للعضلة العاصرة المثانية يصاحب لشلل غير التام للاطراف السفلى فى امراض الخناق الشوكى مصاحبة كثيرة الحصول وينسب لانقطاع غير تام فى توصيل السبل العصبى فى الخناق الشوكى

وفى شلل العضلة المضيق للمثانة قوة التوتر الطبيعى للعضلة العاصرة لا تنقهر عند وصول درجة امتلاء المثانة الى الحالة التى تنقهر فيها عادة عقب تقباض العضلة المضيق للمثانة فتتدد المثانة اذا لم تستفرغ استغراقا صناعيا تتعدد ازاؤها عن الحد وعند توتر جدار المثانة توتر اعظيا أو بفعل العضلات البطنية (ان لم تكن مصابة بشلل أيضا) ينقلد فخر من البول المحتوية عليه المثانة وان كانت الحالة المرضية قاصرة بالسكبة على العضلة المضيق للمثانة فيمكن للريض حجز البول زمنا طويلا ولا يقطعها بالارادة واما اذا كان شلل العضلة المضيق للمثانة غير تام فلا يصل تمديد المثانة الى درجة عظيمة كالحالة السابقة لكن عند استغراق البول يجتهد المرضى فى مساعدة العضلة المضيق للمثانة بتقلص عضلات البطن بحيث انه وقت خروج البول كثير اما قسج منهم غازات معوية ومهم كانت المجهودات العضلية فان البول لا يخرج فى مثل هذه الاحوال على هيئة قوس قوى بل يخرج نقطة تسقط سقوطا عموديا بين الفخذين وهذا الشلل غير التام فى العضلة المضيق للمثانة يوجد خصوصا عند الاشخاص المنهوكين والمفرطين من الشهوات التناسلية وفى المرضى الذين يوجد عندهم فى آن

واحد شلل في العضلة العاصرة والمضيقة الثانية تبين توجد المثانة على الدوام في حالة تمدد عظيم فان قوة التوتر الطبيعية للعضلة العاصرة يتأخر انقهارها عن الحالة الطبيعية لكن عند ازدياد امتلاء المثانة ووصوله لدرجة عظيمة تسيل السكبة الزائدة من البول لكن المرضى لا يمكنهم منع هذا السيلان ولا انقطاعه بالارادة وفي العاصرة لا تحس المرضى بامتلاء المثانة ولا تطلب الاسعاف الطبي الا بسبب السلس المستمر وتبقى عند ما يخرج الطبيب بالقسطرة من مثانتهم كمية عظيمة جدا من البول

(المعالجة)

في معالجة الشلل المثاني لا يمكننا في الغالب اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية خصوصا في أشكال الشلل المثاني الناتج عن امراض في الدماغ أو في النخاع الشوكي وأما الشلل المثاني الناتج عن تمدد مفرط في المثانة فإنه يستدعى وضع القساطير وضعا متكررا وذلك لاجل منع ازدياد تمدد المثانة الذي يزيد في الشلل من جهة ومن جهة أخرى لاجل أحداث تنبيه في العضلة المضيق للمثانة وتقويتها بانقباضات قوية وقد أوصى المعلم يدسا في الشلل المثاني غير التام بوضع مجلس مهمت من الشمع بدلا عن القساطير وادخاله لعنق المثانة لان القساطير لا تنجئ الطبقة العضلية المثانية لفعل مجهودات وانقباضات عضلية وبذلك يعين على استرخائها وتقدم الشلل فيها وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال التبريد إما على شكل غسولات أو حمامات أو تشلشل أو حقن باردة فان لم تنفع هذه المعالجة وكان ينبوع الشلل المثاني دائر ياوجب استعمال الحقن بالماء في المثانة ويكون في الابتداء قاترا ثم باردا شيئا فشيئا الى درجة ٣٠ رومير وقد استعمل بعضهم التيار الكهربائي والاستريكينين لكن لم ينجس لنا ذكرا حالة شفيت شفاء تاما بهاتين الواسطتين وعلى حسب كون ينبوع الشلل صركريا أو دائريا يسلط التيار الكهربائي اما على القفا أو الفقرات القطنية أو عليهما وعلى القسم الخليلي والظاهري ان الجويدار لاسيما الحقن تحت الجلد بمحلول الجوادرين له تأثير جيد في شلل المثانة البسيط أحيانا

الفصل الرابع

في امراض قناة مجرى البول

لا تتعرض هنا لجميع الامراض التي تفرح شرحها جيسد في كتب الجراحة بل تقتصر على الالتهابات المجرىة

(المبحث الاول في الالتهاب النزلي المجري الزهري)

(للرجال المعروف بالسيلان المجري التسمي)

(وعند العوام بالزنفقة)

(كيفية الظهور والاسباب)*

في السيلان المجري الزهري لا يكابد الغشاء المخاطي تغيرات نوعية فان التغيرات التي تشاهد فيه هي عين التغيرات التي تشاهد في أغشية مخاطية أخرى الناتجة عن المؤثرات المرضية المختلفة وتعرف بالالتهابات النزلية أو بالسيلانات ومع ذلك فالسيلان المجري الزهري مرض نوعي فانه يختلف عن باقي الالتهابات البسيطة للغشاء المخاطي المجري وعن الالتهابات النزلية التي تحصل في الأغشية المخاطية الأخرى بسيره ولا سيما بالنسبة لاسببه فانه لا ينشأ الا من العدوى ولو زعم بعض المؤلفين بضد ذلك وأنكره كثير من المرضى حياتهم والجوهر المعدي اعني السم السيلاني وان كانت طبيعته غير معروفة لنا كسم الجدري وغيره من الجواهر المممة للجسم الا انه من المعالوم لنا ان تلك الجواهر ذات تأثير نوعي على الجسم به يحدث السيلان المجري التسمي فقط لا غير من الامراض سيما وانه لا ينتج عنه مطلقا قروح زهرية لارخوة ولا يابسة والآراء الطبية لم تزل مختلفة من حيثية كون السيلان المجري يعقب بعوارض تابعة واصابة مرضية عمومية في الجسم أولا لكن المذهب في عليه الآن حتى من اطباء الذين يزعمون بمحصل تغيرات مرضية اتقالية سيلانية واصابات بنائية عمومية سيلانية ان تلك الامراض التابعة مخالفة بالكلية للاصابات التابعة للقدم الزهري وليس لها أدنى مشابهة بالاصابات الزهرية البنائية ثم ان الجوهر المعدي السيلاني أصل ثابت والحاصل له هو افراز الغشاء المخاطي

المريض وملاسه هذا الاقرار المتجهل بالسم السيلاني لغشاء مخاطي تؤدي ولا بد لاتتعال المرض من شخص الى آخر أو من غشاء مخاطي لاحد الاعضاء الى الغشاء المخاطي لعضو اخر ثم انه يوجد بين تأثير الجوهر المعدى وظهور المرض زمن فاصل يسمى بدور التفريخ ومدة دور التفريخ للسيلان المجري تكون من ثلاثة ايام الى ثمانية وكون هذا الداء يظهر في ظرف ٢٤ ساعة عقب الجماع الدنس أو يتأخر بعده بنحو ثلاثة اسابيع أو اربع فلهذا ان حصل كما قاله سيمون بعد ولا بد من التأخر جدا وان كان الطبيب سهل الانقياد في الاعتقادات ترد عليه احوال فيمرأ من التفريخ اطول مما ذكر وكل طبيب مباشر لمعالجة كثير من الأشخاص المصابين بالسيلان المجري أو بالداء الزهري سيما ذوى الاعتبار يظهر له ان كل مريض يجبل للاعتراف بالغسق الذي وقع منه قبل ستة اسابيع او ثمانية ولا يكاد يعترف بما وقع منه من قبل بعض ايام فكلما كان عنده سبب في الحياء كلما مال الى تبعيد عهد التنازع ولا يعتمد على اقرار المترجمين بهذه المثابة وتأكيدهم بانهم كما اعترفوا بحصول الغسق قبل ستة اسابيع كان يمكنهم الاعتراف بحصوله قبل ثمانية ايام

ولا يشترط حصول العدوى عند ملاسة الغشاء المخاطي لعضو ما من الاعضاء بالسم السيلاني كل مرة بل يختلف الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الأشخاص المختلفة فقد دلت التجارب اليومية على انه قد يتفق ان شخصين يجامعان امرأة واحدة مصابة بالسيلان الابيض الزهري ولا يصاب منهما الشخص واحد ويبقى الثاني سليما لكن لانعلم الاسباب البنائية الموجبة لزيادة الاستعداد بالعدوى بالسم السيلاني ونقصه فان كلا من التبيح الباهى قويا او ضعيفا مدة الجماع والاستفراغ المنوى التام وغيره والتعود على ملاسة الأشخاص الملوثة المصابة وعدمه لا يحسن توجيهها كفايا في هذا الاختلاف ولا حاجة لذكر نظريات غيرا كسدة في توجيه مما ذكر حتى اننا نعلم لماذا ان بعض الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطي المجري والتناسلي عند النساء والمثقبى والمستقيمى يكون مستعدا للاصابة بهذا السيلان القهيمى دون غيره من الاغشية المخاطية التي تكون

مصنوعة عن الاصابة به بل الاجزاء المختلفة لغشاء مخاطى واحد تختلف في الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان الافراز المسم وان أثر في فوهة القناة المجرية يظهر السيلان الزهري ابتداء في الحفرة الزرقية ويتضح فيها

* (الصفات التشريحية) *

لم يتغير فعل صفات تشريحية عند المصابين بالسيلان الابندرة فقد اسفر تفقيب الحال زمانا و يلاحظ التحقق من ان مجلس السيلان المجري في قناة مجرى البول وفي احوال السيلان المجري المتأخر يوجد الغشاء المخاطي تحت قشاجرا من قشاجر مغطى بافراز مخاطى صديدي وجميع هذه التغيرات تكون قاصرة في الاسبوع الاول والثاني على الجزء المتقدم من قناة مجرى البول عادة ولا سيما في الحفرة الزرقية الكثيرة العدد ثم فيها بعد تمتد هذه التغيرات من الصغر المذكور الى الجزء الغشائي ثم الى الجزء البروستتي لمجرى البول وفي احوال السيلان المجري الشديد جدا ينضم احيانا الى التهاب الغشاء المخاطي التهابات وارتشاحات في الاجسام المجوفة و بذلك يحصل ضيق في قناة مجرى البول من جهة ومن جهة اخرى يتسدر الاثناخ اى القدد المنتظم للعضيب عند اتصابه واندر من ذلك حصولا ان تتكون في السيلانات المجرية الشديدة خراجات في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي او التهابات وتقيصات في البروستة وكذلك الاوعية الليمفاوية للعضيب قد تشترك في الالتهاب ولذا لا يسدران تنفتح العقد الوريدية اثناخا تابعا في السيلان المجري ولكن تقيصها في مثل هذه الاحوال يعتمد التواء العظيمة

ومن المضاعفات الكثيرة الحصول لسيلان المجري التهاب البربخ والالتهاب المثاني السزلي لكن كل من هاتين المضاعفتين لا يظهر عادة الا بعد مضي اسبوع او اسبوعين أي في الزمن الذي فيه يمتد الالتهاب الى الجزء البروستتي ويحصل حينئذ امتداد الالتهاب الى القنوات الناقلة وهنق المثانة

وفي السيلان المجري المزمن يوجد الغشاء المخاطي المجري منتفخا وفيه

فحبيبات فطرية والاجربة المخاطية تكون عظيمة والافراز بالاكثر يكون
مخاطيا ويوجد في كثير من الاحوال ضخامة في المنسوج الخلوي تحت الغشاء
المخاطي اما قاصرة على بعض الاصغار أو في امتداد عظيم فيكون المنسوج
الخلوي اذ ذلك متكاثفا ومثاقبا للغشاء المخاطي المجري التصاقا شديدا
وهذه التغيرات هي السبب الرئيسي لكثر التضايقات المجرية

(الاهراض والسير)

يبتدى السيلان المجري باحساس بالكلان غير مؤلم في فوهة مجرى البول
ويصطبغ بافراز قليل من مادة مخاطية شفاقة وفوهة القناة المجرية تظهر
حيث شدة حمرة احمرارا خفيفا واما ملتصقة ببعضها عادة بسبب جفاف
الافراز المخاطي الذي يتكون منه قشرة رقيقة تغطي طرف الفوهة المجرية
ثم يحصل للمرضى ازدياد في تطلب التبول بل وكثيرا ما يحصل لهم قذف منوي
ليلي وانعاظ متكرر مدة النهار يجبر الشبان الى العود للجماع ثم بعد يوم
أو حلة أيام يحمل محل الاحساس بالكلان في قناة مجرى البول آلام محركة
تتقدم من فوهة مجرى البول الى الحفرة الزورقية وهذه الآلام تشتد وتنتقل
لدرجة عظيمة عند التبول وكذا التطلب للتبول يزيد عن الابتداء بحيث
لا يخرج وقت التبول الا نقط قليلة مصحوبة بالآلام غير معطاة والافراز
المخاطي الشفاف الذي يكون في الابتداء قليلا يغزر شيئا فشيئا ويصير كثيفا
قويا بحيث يحدث عنه بقع مصفرة فيها بعض صلابة في ملابس المريض
وشفتا الفوهة المجرية تكونان محمرتين منتفختين والقضيب كله سيما الحشفة
يكون منتفخا انتفاخا متغاوتا واما مجرى البول يظهر فيها الام شديدة
عند الضغط على مسيرها وكذا القلفة تكون متحيرة متسلخنة وانتفاخا
او ذمجا ويا بسبب سيلان الافراز المرضي عليها وامتداد التهيج الالتهابي
اليها بحيث ينضم الى افراز السيلان المجري افراز السيلان القلبي وان كانت
الفوهة القافية المقدمة ضيقة حصل عند المريض ما يسمى بالفيموزس أي
الاختناق المقدم وان زحزح المريض القلفة خلف الحشفة بغير احتراس تكون
عن ذلك ما يسمى بالبارافيموزس أي الاختناق الخلقي والانعاظ يكون في هذا
الدور أكثر حصولا منه في ابتداء المرض لكن تمدد القناة المجرية

المنتهية وتوترها الذي تكابده مدة الانعاط يحدث عنهما الام شديدة جداً غير مطابقة بما تصير المرضى في حالة قلق شديد مدة الليل ومجموع هذه الاعراض ياخذ في الازدياد مدة ثمانية أيام الى أربعة عشر ومتى وصلت الى اهل درجة يحصل فيها تناقص تدريجي في أغلب الاحوال فتتناقص الآلام شيئاً فشيئاً عند التبول وكذا يتناقص احمرار الفوهة المجرية وانتفاخها وبصير الانعاط نادراً وأقل أما السكن في هذا الدور يزداد الافراز الصديدي ولذا تعتبر العامة هذا العرض جيداً ويزعمون انه ينبغي تجربة السيلان المجري لكي يملك تناقص مكابدات المريض

و بعد مضي ثمانية أيام أو أربعة عشر يتناقص الافراز الصديدي شيئاً فشيئاً ثم يكتسب هيئة الافراز المخاطي ثم يزول بالكسبة في الاسبوع الخامس أو السادس بدون ان يسكون للصناعة مدخلية في ذلك كما اثبتته التعارب الاميوناتية وأكثر من ذلك حصول استقرار الافراز المخاطي القليل الكمية مدة مستطيلة من الزمن اعني جملة شهر أو سنوات فيشاهد التماسق فوهة قناة مجرى البول مدة النهار سيما اذا مضت مدة مستطيلة من الزمن بين كل استفراغ لولي وفي الصباح اي عندما يقوم المريض من فراشه يخرج من فوهة المجرى البولية التي كانت ملتصقة بقطة عظيمة من الافراز المجموع مدة الليل والبقع الجافة التي تسكون عن هذا الافراز المزمن في ملابس المريض تكون ذات لون سنجابي مصفر من الوسط وهذا السيلان المزمن يعرف بالسيلان المجري التابقي وبالنقطة العسكرة ومتى تعرضت المرضى لسبب من الاسباب المضرة مدة وجود هذا الافراز المزمن يحصل ارتداد الى السيلان المجري ثانياً فيزداد الافراز جسداً وبصير صديدياً واما الآلام فلا تعود عادة وأكثر مما تحصل هذه الترددات المذكورة من الافراط في الجماع أو من الافراط من تعاطي المشروبات الروحية وقد تحصل هذه النتيجة أيضاً من تأثير البرد والتعب الجسمي الشديد

ثم ان اعراض السيلان المجري وسيره قد يظهر فيها اختلافات متعددة وهذا بالنسبة لاختلاف شدة الظواهر الالتهابية ومدتها ودرجة الآلام والاحمرار والانتفاخ ولذا يميز بعض الاطباء السيلان المجري جملة اشكال وعدها السيلان

المجرى الجرى والالتهاب والتهيج والضعف لكن لا حاجة لهذا التمييز
 الطب العمل انما المعتاد ان تكون الظواهر الالتهابية لهذا المرض
 في المرة الاولى اشد منه في المرة الثانية والثالثة وهم جوامع ذلك فلهذه
 القاعده بعض استثناءات وفي السيلان المجرى الشديد جد أي المصوب
 باحتقان شديد في الغشاء المخاطي المجرى لا يندر حصول قزق بعض الاوهية
 الشعرية وبذلك يكتب السيلان لونا أحمر أو ممر أو هذا الزيف وان
 كان لا يخلط له الا ان السيلان المجرى الدموي الزهري المعروف بالاسود
 والموسكوبي ذو شهرة مخوفة لدى العامة وهناك مرض آخر مهم فيه يحصل
 انحناء وتقوس في القضيب مدة الانتصاب و يسمى بالسيلان الوترى وهذا
 الانحناء يحصل من فقد قابلية التمدد لبعض اجزاء الاجسام المخوفة الملتببة
 فلا تتفتح كما العادة مدة انتصاب القضيب وهذا العارض مؤلم للغاية
 و قد يحصل نوع ضهور مسفرى الجزء الملتب من الجسم المخوف بحيث يأخذ
 القضيب تبعاً لذلك انحناء ميباً ولا ينتصب متى ضم الجسم المخوف في هذا
 الصفر في جميع قطره الا من جذره الى هذا الصفر وهناك مرض آخر
 يحصل مدة صبر السيلان وهو تكون خراجات صغيرة في محيط قناة مجرى
 البول والوصف الخاص لهذه الخراجات وجود آلام وانتفاخ في أصفار
 محدودة على سيرة قناة مجرى البول وسير هذه الخراجات يكون على العموم
 حميداً سواء انفتححت جهة الظاهر او الباطن وأكثرت خطر من العارض
 الذي تقدم ذكره التهاب البروستة وتقيدها لكن هذه المضاعفة نادرة
 الحصول واحتقان البروستة في السيلان المجرى يعلم من الاحساس المؤلم
 المضاعف في البهان الذي تشتكي به المرضى غالباً ومن انتفاخ هذه الغدة
 وتيبسها اللذين يشاهدان خصوصاً عند الشيوخ الذين تكررت اصابتهم
 بالسيلان المجرى زمن شبو بينهم ومتى صارت البروستة مجلساً لالتهاب
 شديد حصل للمريض آلام غير مطاعة جاذبة أو مضاعفة أو نابضة في البهان تمتد
 الى المستقيم والمثانة وترتفع عند التبول والتبرز الى درجة عظيمة ويحس
 عند اجلس من البهان أو من المستقيم فورم عظيم الحجم أو قليله ويزداد عصر
 البول شيئاً فشيئاً بل قد يحصل احتباس البول بالكليّة ومتى انتهى التهاب

أهم وستة بالتفصيل تكونت خراجات تنملح إما في الباطن أو الظاهر وتخرج عن ذلك ظواهر ثقيلة متنوعة موضحة في كتب الجراحة وقد يصطبب السيلان المجري مدة سيره بالتهاب الاوعية أو العقد النفاوية فينبغي عن ذلك اورام التماسية في العقد النفاوية للاربية تعرف بالديلات أي الخسرجلات السيلانية وهي تشتمل عادة بالتفصيل ولندرة تفقيها متى حصل يكون هناك اشتباه في حالة المريض وغلب على ظن الطبيب الحكم بأن هناك خسر جلا زهر يالاسيلان وبالجملة فيعد من جملة المضاعفات الكثيرة للحصول جدا للسيلان المجري التهاب الخصية السيلاني وهذه المضاعفة تحصل بدون شك من سير الالتهاب وامتداده من قناة مجرى البول الى الحويصلات المنوية ثم الى القنوات النافذة في العادة تظهر الآلام ابتداء في الحبل المنوي بحيث تشتكي المریض باحساس ثقيل في الخصيتين ثم تزداد الآلام بسرعة فيصير البريج الذي هو المجلس الرئيس للالتهاب شديدا حساسية جدا عند اللمس وينضم الى الانتفاخ اليابس غير المنتظم المتكون من البريج الملتبب منضج حاد في الطبقة الغمدية وبهذا السبب تكتسب الخصية في أيام قلائل عظم حجم بيضه الاور أو قبضة اليد وزيادة على ذلك فالخصية المنتفخة تعسر حركتها بسبب فقد مرونة الحبل المنوي الذي يسكنون منتفخا يابس وكلاما كان النضج الالتهابي في الطبقة الغمدية عظيما كان الالم مركزا في الصغر الموضوع فيه البريج وهذا الالتهاب ينتهي عادة بالتفصيل لكن يكاد ان يبقى على الدوام بعض تيبس خفيف مدة الحياة في البريج فيكون ينفو عا لافكار ما يخوليه عند بعض المرضى وأحيانا يزداد الالتهاب الحصى السيلاني مرة أو جملة مرار سيما عند الانخفاض المعايين بالقبلة الدوائية ويكاد ان يفقد السيلان المجري مدة الالتهاب الحصى كما انه يكاد ان يعود دائما عقب زوال هذا الالتهاب ويندرج ان ينتهي هذا الالتهاب بالتفصيل أو بالانتفاة الدرية الخصية بن أو تيبسهما

وقد عبر عن الانتقالات السيلانية زمنياطو بلا بالاحوال المرضية المتغيرة التي تحصل عند مريض مصاب بالسيلان المجري وفي أغلب الاحوال لا يمكن اثبات الارتباط السببي بين هذه الامراض والسيلان المجري ولذا

لا يجوز ان يطلق لفظ الالتصاقات السيلانية الا على الرمد السيلاني
والالتهابات المفصلية الروماتزمية السيلانية والنقرسية السيلانية فالاول
يكون نتيجة انتقال السم السيلاني الى الملتصمة بلا واسطة وبعد من النتائج
المهولة للسيلان المجري فقد شاهدت رجلا متزوجا مصابا بالسيلان وامتنع
بالكلية من جماع امرأته لكن أهداها هي وابنه برمد سيلاني فاعماهما وأما
الالتهابات المفصلية المذكورة فبينها وبين السيلان المجري ارتباط
سببي يحكم به من وجوه منها ظهورها عند أضعاف لم تتعرض لاسباب
مرضية اخرى مدركة ومنها انها تحصل أيضا لأشخاص لم تصب من قبل
بالتهابات من هذا القبيل وتبقى مصونة منها فباعد وبالجملة ان تلك
الالتهابات المفصلية تزداد احيانا في كل مرة عند ما يصاب المريض
بالسيلان ثانيا وتزول متى زال وليس للالتهابات المذكورة على سير
السيلان المجري ادى تأثير كما انها لا تكون ذات أوصاف مخصوصة
بالنسبة للتغيرات التشريحية في المفاصل المصابة وسير الالتهاب وانتهائه
واكثر المفاصل اصابة في السيلان المجري مفصل الركبة واندر من ذلك
مفصل القدم والمفصل الفخذي الحرقفي واما مفاصل الاطراف العليا
فلا تصاب مطلقا

(المعالجة)

معالجة السيلان المجري تنقسم الى واقية وشغائية اما المعالجة الواقية
فاجود ما يوصى فيها بتجنب اسباب العدوى وحينئذ لا حاجة لذكر نصائح
للفسقة الذين يريدون الفسق بدون مضرة
وذكر الوسائط المتعددة المستعملة ظنا بانها تنقي من هذا المرض كاستعمال
الاكياس الرقيقة جدا وقت الجماع وغسل القضيب ونحو ذلك اذ لا ثمرة فيها
غالبا وأما المعالجة الشغائية لهذا الداء فتشتمل على استعمال وسائط وطرق
متعددة لكننا تقتصر هنا على ذكر الوسائط النافعة الموصى بها بكثرة
فنقول

ما السيلان المجري الحاد الذي فيه لا تكون الظواهر الالتهابية قد ارتقت
لدرجة شديدة جدا فان نجاحه في المعالجة سهل لانه في غالب الاحوال يمكن

شفاؤه شفاء تاما في قليل من الايام ولاجل الحصول على معالجة عدد عظيم من الاحوال الحديثة لهذا الداء التي لا يشاهد منها الا القليل عادة ينبغى انخبار جميع المصابين بالسيلان وايضا نطمح بان شدة هذا المرض واستداده يزداد كل مهمما في كل يوم من ابتداء هذا المرض وان تأخير علاجه من يوم لا يخير بصيرا نذاره اكثر ثقلا ومثل ما ذكر من النصائح من الاطباء المشتغلين بمعالجة الشبان المستعدين بنوع معيشتهم للسيلان يترتب عليه منفعة عظيمة ولا يكاد يظن النفوذ من امثال هؤلاء بفسقهم وما يترتب عليه بدون احتشام ووجود معلومات عظيمة من هذه الحبيثة عند العوام وانه يستفاد منهم امور كثيرة ففي بلدة (مجدبورغ) مثلا يجتمع عدد عظيم من الكتبة الاغراب المستخدمين في بيوت التجارة عند تقلب كل فصل في الوقفات ويخبرون بعضهم مع الاستفهام بقولهم من الذي حصل له نكسة في السيلان ومن الذي بقي مصونا عنها وما هو الحق الاجود في السيلان ونحو ذلك وقد استعملت هناك مدة قليلة من الزمن في السيلانات الحديثة التي لم تكتسب فيها الا لام شدة عظيمة الحق بمحاول التئيم وتحصلت من هذه المعالجة على نتائج عظيمة عندما ازداد عدد المرضى الواردين لي بالسيلانات الحديثة وكنت اوصي بثلاث اوراق من موهوق التئيم كل ورقة تحتوى على ٣ جرام اعني نصف درهم يهل في نصف رطل من التئيم الاحمر ويحقن به واذ لم يثمر الحقن بهذا السائل او كان غير كاف كنت اضع الورقتين الاخرتين في الكبة بعينها من هذا التئيم ويحقن بذلك المحلول المركز فتصلت من ذلك على نجاح عظيم ولاجل نجاح الحقن ينبغى اجراؤه مرة أو أكثر ببسطة الطبيب أو بمساعدة مستعدان اهمل في ذلك حصل غالباً عدم وصول السائل الى القناة المجرية فانه اما ان يحقن به أسفل القلفة أو يسيل الى الخارج بعد ادخال المحقنة الصغيرة ومحقنة السيلان ينبغى ان تكون صغيرة بحيث لا تسع من السائل الا بقدر ما تقبله القناة المجرية (اعني من ٥ جرام الى ٧) وحيث لا حاجة للاضطر على قناة مجرى البول من الخلف والافوق الحصول على المحاقن الموافقة من احد صناعات الاكوات الجراحية مع تسميتها باسم خاص غير مخجل فان هناك مرضى تحجل من طلبها باسمها المعلوم ويرغبون في شرائها باسم

محقة الجروح أو الاذن وقد تيسر لي شفاء عدد عظيم من السيلانات الزهرية
الحديثة في ظرف يومين أو ثلاثة وأيضاً ان لم يكن المرض حديثاً بالكلية
بدون ظواهر التهاية شديدة قد استعملت الحقن بالتئين وتحصلت منه على
نجاح عظيم في غالب الاحوال لكن لا بسرعة كالاولى وليس قصدي ان
انسب للتئين خواص يفضل بها عن غيره وانما هو الذي أكثر من استعماله
زيادة عن الحجر الجهنمي وزاج الخارصين وملح الرصاص وغيرهما من الجواهر
القابضة وأما استعمال محلول تترات الفضة المركز جداً أي المأخوذ من ١٠
الى ١٥ قعصة في اوقية من الماء المقطر الموصى به لاجل قطع سير السيلان
المجرى دفعة واحدة فينبغي تجنبه فانه لا يفضل في المدفعة عن المحلولات
القابضة السابق ذكرها وزيادة عن ذلك فكثر اياما يقب بعوارض
التهاية شديدة خطيرة وفي الاحوال التي تكون فيها الاعراض الانتهاية
شديدة ينبغي تأخير الحقن الى ان تخط الاعراض المذكورة وتلطف
وحينئذ يؤمر المريض مع الراحة في الفراش باستعمال تدبير غذائي لطيف
وبعض المسهلات الطيفة والقوية كالزبيب المحلومع الجلدية وأما استعمال
مسحلب اللوز المستعمل عادة فانه زيادة عن عدم منفعة نفعاً خاصاً يحصل
المريض عرضة لكشف سرهم وأما الاستفراغات الدموية فلا يحتاج
لاستعمالها غالباً الا عند وجود الام شديدة جداً في قناة مجرى البول تزداد
ازدياداً عظيماً جداً عند الضغط على مسيرها حينئذ يرسل على الجحاش من
١٠ علاقات الى ١٥ وأما استعمال التبريد بواسطة الرفائد الباردة أو بالحمامات
الجلوسية الباردة فلهذا نجاح عظيم في مثل هذه الاحوال الا انه يجنب
الاستمرار على المكث في الحمام الجلوسية الباردة وتغيير المكثات مع السرعة
والاستمرار فان المكثات التي تسخن بطول مكثها والحمامات الجلوسية
القصيرة المدة تزيد في الانعاط وتناقل الالام وتفتت الاعراض
الانتهاية استعملت الحقن التيفية ونجاح الحقن في هذا الدور يكون أقل
تأكد بسبب عدم اقتصار التغير المرضي على الاجزاء المقدمة من قناة مجرى
البول وامتداده الى اجزاء لا يمكن وصول سائل الحقن اليها بسهولة كما ذكرنا
سابقاً وفي الاحوال المزمنة التي فيها لا يكفي الحقن بالتئين يؤمر بالحقن بمحلول

الجواهر الغابضة السابق ذكرها لاسيما محلول الحجر الجهنى او ماء الرصاص
أوزاج الخارصين بان يؤخذ من كبريتات الخارصين ٣ دسى جرام ومن الماء
المقطر ١٠٠ جرام ومن مستحلب الصمغ العربى ٥٠ جراما ومن صبغة
الافيون الرعفرانية ٥ نقط وان كنت لم أرى مثل هذه الاحوال منفعة
زائدة من محلول التنسين فان لم يشمر الحقن بالجواهر القابضة وجب
استعمال الكبابية الصينى أو بلسم الكوباي ولا شك فى منفعة هذين الجوهريين
فى الادوار المتقدمة من هذا المرض وانه باستعمالهما بمقدار عظيم يحصل
وقوف فى السيلان لكن ان أمكن تتفاؤله بدونهما كان ذلك هو الاحسن لعدم
ادخال جوهرين قويي الفعل فى المعدة والمعى اذ ليس من السادر حصول
نزلات معدية معوية تسفر زمناطو بلا عقب الا فرط من استعمالهما
وزيادة عن ذلك فان تأثير هذين الجوهريين الموقف للسيلان وقتى فى غالب
الاحوال أكثر من التأثير الوقتى الموقف للسيلان بالحقن بحيث ان المرضى
الذين يرمعون انهم شفوا من السيلان يعود عليهم عما غلب من الايام بدرجة
أشد من قبل الاستعمال والقول بان استعمال الحقن فى قناة مجرى البول ينبج
هذه بكثرة تضايقها يعنى أكثر من حصوله عقب استعمال المعالجة الباطنية
بعد من الخفا فانه وان تحقق ان كثيرا من المرضى التى كانت تعالج فى الازمنة
السابقة بالحقن كثيرا ما حصل عندهم تضايق فى المجرى الا ان هذا نشأ من
كون استعمال الحقن قاصرا فى الزمن السابق على السيلانات المزمنة
وأما فى الاحوال الحادة فكان يستعمل بلسم الكوباي أو الكبابية الصينى
والمحقق الا ان استطالة مدة السيلان المجرى هى السبب الكثير المحصول
للتضايقات المجربة ولذا متى استعمل الحقن من ابتداء المرض وزال بسرعة
أمكن بسهولة تجنب حصول التضايقات المذكورة كما ان المشاهد أن
استعمال القوابى القوية فى الارماد المتعمية هو الوسيلة القوية لاجل
منع اتفاخها وفتحها وتجنباتها المسقرة زمتى اريد استعمال بلسم الكوباي
أو الكبابية الصينى فالاجود ان يعطى من هذين الجوهريين مقدار عظيم فى
ايام قليلة من ثلاثة الى اربعة ويوقف استعمالهما متى حصل وقوف فى الافراز
امرضى فان المدة يمكنها ان يتحمل هذين الجوهريين ولو بمقدار عظيم مدة

أيام قليلة أكثر من تعملها لهما ولو بمقدار قليل مدة مستطيلة من الزمن
وزيادة عن ذلك فالمقدار القليل لا يؤدي للنتيجة المطلوبة وتعطى الكباية
الصينى مسهوقه مع قاجيد بمقدار أربع ملاعق صغيرة الى خمسة في ماء
الصودا أو ما يلمس الكوباى فاجود طريقة لاستعماله هو ان يوضع في محافظ
غروية يعطى منها كل يوم من أربع أوسم الى ثمانية وإذا أراد يضم هذين
الجوهرين مع بعضهما فالاجودان يفعل منهما حبوب مركبة من ١٥ جوا
أى نصف اوقية من الكباية الصينى وجرام أى درهمين من بلسم الكوباى
وكية كافية من الشمع الأبيض ويفعل من هذا المخلوط مائة وعشرون حبة
يعطى منها عشر حبات ثلاث مرات فى اليوم وفيما بعد يذكر هذا المقدار
أربع مرات والغالب ان يكفى استعمال ثلاث حلب من هذه الحبوب وكذا
من الجيد استعماله فى هذا المرض المحافظ الغروية أو الملبس السكرى
المحتوى على بلسم الكوباى وخلاصة الكباية الصينى ومتى حصل للر يفس
اسهال وزحير أو ظهر طمخ وردى فى الوجه أو الجسم وجب إيقاف استعمال
الجواهر المذكورة

ومهما كانت معالجة السيلان الجرى التسمى الحديث سهلة فن العسر جدا
معالجة المزمن منه وكلما استطالت مدته كان انذاره غير جيد ومن المهم
جدانى معالجة هذا المرض ان يتأكد الطبيب بواسطة القساطير هل
توجد تضايقات مجرى به أم لا لانه متى وجدت تضايق فمكثيرا ما يستمر الالتهاب
النوعى خلف الجزء الضيق ولا يمكن وصول مادة الحقن اليه وحصول الشفا
الابعد زوال العائق بواسطة المحسنات الشمعية المهمة وإذا لم يوجد تضايق
فى قناة مجرى البول أو أمكن توسيعه وجب استعمال الحقن بحلول التنين أو
محلول قوى من نترات الفضة وإذا لم يثمر الحقن يهذين الجوهرين وجب وضع
محسنات شمعية مدهونة بجرهم نترات الفضة والافقى استعمال المرهم الرمدى
للعلم جوثرى المرصكب من نترات الفضة من ١ الى ٥ دسجرام (أعنى
من مئتين الى ١٠) ومن المرهم البسيط ٣ جرام أعنى درهما وخمس عشرة
نقطة من محلول تحت خللات الرصاص

وأما معالجة الموارض التى تضاعف السيلان الجرى فمهما معالجة التزيف

المجرى وهو لا يحتاج في الغالب لوسائط علاجية مخصوصة لكن ان حصل
 بسبب قية غزيرة جدا وذلك نادر وجب إيقافه باستعمال التبريد القوي
 كالمكادات الباردة أو يمتد في اية افة بواسطة الضغط على المحل الآتي منه
 التزيف ومنها الانتصاب الليلي المؤلم ولا جمل تجنبيه أو توقيله وتلطفه يؤمر
 للمريض بتقليل الاغذية والمشروبات جدا في المساء واذا لم تثمر هذه المعالجة
 واضطرب نوم المريض وكذا ان لم تثمر الوسائط المعتادة عند العوام كالمشي
 في الاودة والاقدام حافية والوثب من فوق نحو كرسي يعطى للمريض في المساء
 قليل من الجواهر المسككة كصعوق ودوقير وأما استعمال اللوبولين وهو
 (مصعوق غر حشيشة الدينار) الموصى به في ذلك أيضا فليس عندى تجارب
 بالخصوص فيه وأما اذا حصل للمريض الانحناء المؤلم في القضيب وقت
 الانتصاب أمر بوضع العلق على الجحان لاعلى القضيب ويعطى له مركب
 أفبوني مساه أيضا وأما الخراجات التي تتسكون على مسير قناة مجرى البول
 فتستدعى الصادات الفاترة والمبادرة بشق الجزء المتوج وأما التهاب
 البروستة فيستدعى متى ابتدأت اعراضه في الظهور ارسال العلق على
 الجحان بكمية عظيمة ويحفظ سيلان الدم بعد سقوطه بواسطة الضمادات
 الفاترة من اطو يلا ولا مانع من تكرار ارسال العلق ان اقتضى الامر لذلك
 ويؤمر للمريض من الباطن باستعمال الزبيق الحساو والافيون بمقدار قليل
 متكرر رأى منوع ولا يمكن الجزم بان كان لهذا التركيب منفعة خصوصية ام لا
 واذا احتيج في هذا المرض لقسرة قناة مجرى البول وجب فعل ذلك مع غابة
 الاحتراس وفي بعض الاحوال قد يحتاج الحال لترك القساطير المرنة في محلها
 تركا مستمرا واذا حصل احتباس كلى في البول ولم يمكن ازالته بالقساطير
 النجبي ليط المثانة ومضى ظهرت خراجات متوجعة في الجحان وجب المبادرة
 بغتحتها وعلى كل حال ينبغي مراجعة كتب الجراحة فيما يخص معالجة هذا
 المرض وأما معالجة التهاب الاوعية والعقد الاليفي عادة لازالته
 راحة المريض في فراشه وان بقي انتفاخ في العقد الاربعية بعد زوال السيلان
 المجرى زوالا تاما وجب استعمال الضغط عليها المستعمل بكثرة بدون فائدة في
 الخثر جلالات المنييسة الزهريه فعند مشى المرضى توضع لهم أحزمة الفتق ذات

المخدرات العظمية وعند نومهم توضع لهم صفائح من الرصاص أو أكياس مملوءة
بالخرق بكيفية غير تامة ووضع رباط أو ربي عليها لاجل احداث ضغط مستمر
على الاورام وأما التهاب الخصية يمكن تجنبه باستعمال أكياس معلقة صغرية
وتكون مفصلة ومصنوعة بكيفية بها تقي ملابس المريض من التلوث بالمواد
السيلائية وهذا الاحتراس مهم فان تغليف القضيب بفائد وثبيتها عليه
مضر والرباط المعلق ينبغي للطبيب انضائه كي يتأكد من عدم الضغط فان
الرباط المعلق غير الجيد ضرره أكثر من نفعه وعند ظهور العلامات الاستدائية
من التهاب الخصية ينبغي للمريض المدكث في الفراش على الدوام وبوضع بين
تخديه وسادة اسفنجية الشكل بحيث يكون الكيس موضوعا عليها بكيفية فيها
لا يكاد الحبل المنوى أدنى جذب وزيادة من ذلك يؤمر له بوضع كمية عظيمة
من العلق على سير الحبل المنوى ويحفظ جريان الدم زمانا طويلا بواسطة
الضمادات الفاترة وعادة تزول الآلام بعد ذلك فحينئذ يستقر على استعمال
الضمادات الفاترة على الصغرة وان حصل توران في الآلام وجب تكرار
ارسال العلق ثانيا على العادة يعطى من الأدوية الباطنة في هذا المرض
الزيتيق المخلو بالافون أيضا وأما الضغط الشديد المستوي بواسطة اشربة
من المتمع على الخصية تبعالفر يكه الذي به تتناقص الآلام والورم بسرعة في
بعض الاحوال وهو بواسطة قليلة الفجاح ولا ياتجأ اليه الا في الغالب تبعالفر باربا

(المبحث الثاني في التهاب المجرى التزلي)

(غير الزهري أو البسيط)

الالتهاب المجرى التزلي البسيط مرض نادر في الغالب والاسباب التي تحدثه
عادة هي التمتع اللا واسطى لقناة مجرى البول بواسطة الاجسام القرية
أو الخشن المهيج والافراط في الجماع سيما في اثناء الطمث و يصاحب
الالتهاب التزلي المجرى القروح لاسيما القروح الزهرية الرخوة في قناة مجرى
البول وفي أحوال أخرى قد يمتد التهابها للاعضاء المجاورة لاسيما المثانة
والبروستة وقناة مجرى البول

واعراض النزلة المجرية غير الزهرية هي انتفاخ فوهة مجرى البول واحمرارها
والاحساس بحرقان على مسير مجرى البول لاسيما في اثناء التبول وخروج

أمر از محاطى قليل منها وهذه المكابدات تروى بدون اسعاف طبي واما
الالتهاب المجرى التزلى الشديد المستطيل الذى يصاحب القروح الزهرية
الرخوة فى قناة مجرى البول فهو الذى وحده يصطبب بسيلان قهصى فى
القناة المذكورة ويمكن اختلاطه بسهولة بالسيلان التميمى وستسكلم على
الفرق بينهما عند الكلام على القروح الزهرية الرخوة المجرية
وتباعد الاسباب المحدثه لهذا المرض وازالة الاحوال الحافظة له تكفى فى
معالجة هذا المرض الخفيف والالتهاب المجرى التزلى البسيط المنتصف
بالنفاق فوهة قناة مجرى البول فى كل صباح والمحدث عند المريض اضطرابا
عظيما فلنا منه بانه مصاب بسيلان مجرى زهرى فيصتددا دائما بضغط
القضيب وجذبه فى اخراج قليل من الافراز يتيسر ازالته فى أقرب وقت
بعد استقصائه باخبار المريض وتحذيره من تهيج قناة مجرى البول تهيجا
مسفرا بواسطة جذب القضيب والضغط عليه

(فى أمراض الاعضاء التناسلية)

(فى أمراض الاعضاء التناسلية للذكور)*

لا تسكلم هنا الا على السيلان المتوى وضعف الباء أو فقدته وأما باقى أمراض
أعضاء تناسل الذكور فهى مفصلة فى كتب الجراحة

(المبحث الاول فى السيلان المتوى)

(والانزال ليلا أو نهارا)

يحصل عند أكثر الرجال زنا فز من انزال ليلا من ابتداء البلوغ الى انطفاء
القوة التناسلية بدون ان تكون هذه الحالة ظاهرة مرضية وأما اذا تكرر هذا
الانزال فى أزمنة قريبة وكان غير معصوب باحتلام ومعصوبا بانتصاب غير تام
أو حصل يقظة (وبعضى بالانزال نهارا) فان هذه الحالة تعتبر ظاهرة مرضية
ثم ان الاشخاص الذين يشيرون الطبيب بسبب حصول الانزال اولاً للشبان
الذين سنهم من سبع عشرة سنة الى عشرين أو الى خمس وعشرين وهم يشتكون
بحصول سيلان متوى مرة أو جملة مرار فى الاسبوع وانهم وقعوا فى حالة
ضعف من ذلك وانهم يحسون فى اليوم التالى للانزال بانقطاع عظيم جدا
فعلى الطبيب فى مثل هذه الاحوال أن لا يعتقد بالكلية فيما قيل له من

هؤلاء الأشخاص بل يجب عليه التفتش بانهم يحمون عنه أمورا غيرهم
مهمة فانه عند النظر بالدقة لا غلب هؤلاء الشبان يرى انهم مضطربون
في كلامهم وان في سريرتهم أورا مخبأة ويمكنه الوقوف على الحقيقة
واقرارهم بانهم كانوا منهمكين على الاستمنا باليد بل بعضهم يحصل عنده
راحة من وجود فرصة يعترف للطبيب فيها بفعله لكن على الطبيب في مثل
هذه الاحوال ان لا يكتفي بذلك بل يستمر على الفحص مع الهدوء والتلطف
في السؤال بطريفة حسنة فائلا هل أنتم مستمرين على هذا الفعل الى الآن
أم لا والعادة ان يعسر على هؤلاء الاقرار بذلك ولا بد من كون ثلثي المرضى
يعترفون بالحقيقة ويقررون للطبيب انهم مستمرين على اجراء ذلك الى الآن
وانهم يأتون اليه ويستشيرونه عن حالتهم لما حصل لهم من الفزع عند قراءة
الكتب المباليغ فيها بالغة عظيمة جدا في النتائج المغمة التي تحصل من
الاستمنا باليد ويبتعثون أنه كان يكفي الاقرار للطبيب بتكرار الانزال
بدون ان يطلعوه على حقيقة الحال وبإى كيفية يحصل ذلك

ويختلف الحال بالنسبة لفرقتين من الأشخاص الذين يطلبون الاسعاف
الطبي لما عندهم من الانزال فانهم وان كانوا قد استعملوا الاستمنا في
شبو يتنهم الا انهم تركوا ذلك فيما بعد ثم حصل عندهم فزع عظيم ونوع
ايبوخذاريا من قراءة بعض الكتب المبين فيها النتائج المغمة للاستمنا
باليد هؤلاء الأشخاص ولولم يحصل عندهم انزال ليلأ أكثر من غيرهم الا
أنه كلما حصل ذلك عندهم يزيدون في حركة الايبوخنداريا ازيدا اعظيما
فيعتقدون ان الانزال أمر خطر جدا ويتصورون على الدوام حصول العواقب
المغمة للاستمنا باليد كما قرأوه بالكتب ومكاتباتهم ومراسلهم للأطباء
تخالف بالكلية حالتهم الظاهرة فان الطبيب بعد قراءة مراسلتهم يظن أن
صاحب المكاتبة شخص منهنوك للغاية والحال أنه يجد المريض عند مجيئه له
في هيئة صحة جيدة

وهناك نوع ثالث من الأشخاص يأتي للطبيب ويستشيره لاجل شفائه من
الانزال وهم أشخاص يكونون في حالة ضعف عمومي وغير جسد في التغذية
وواقعين في حالة انيميا ولم يكن عندهم عادة الاستمنا باليد مطلقا والانزال

وان لم يتكرر عندهم بكثرة الا انه في اليوم التالي لحصوله يحسون بمبوط
والنحطاط بحيث ينسبون سوء القنية عندهم للانزال ومن التجارب يعلم انه
يوجد حالة تنبيه مرضي في المجموع العصبي عند الانخفاض الضعفاء
البنية المتوكلين لا عند اقويائهم بحيث يوجد عندهم انزال لم يكن في
الاقوياء وكثيرا ما يوجد اشخاص لا تشك في مطلقا منه وهم في حالة الصحة انما
اذا كانوا في حالة النفاضة عقب مرض ثقيل مستطيل ربما يتكرر عندهم
الانزال

غير هؤلاء الاشخاص المذكورين اخيرا الذين يكون الانزال عندهم نتيجة
سوء القنية والنهوك لاسبابها والذين ينبغي ان يعالج عندهم سوء القنية
وتسليمها الا الانزال يوجد نوع رابع يكون حصول الضعف العظيم عندهم
والانحطاط المتزايد والاضطرابات العصبية ناتجة بلا شك من الانزال المتكرر
في مدة قريبة ومثل هؤلاء الاشخاص يقع في حالة كآبة وحزن وليس اهم
ادنى قدرة على التصور والاشغال ويوجد عندهم نوع رب وفزع وتشكى
بارتعاش في الجسم وطنين في الاذنين ودوار في الرأس والآم عصبية في
القبضدوى وتشكيهم يذكر بكيفية واضحة حالة النساء الاستريات ولا يجوز
تسمية مجموع تلك الاعراض بالاستري يا عند الرجال ويعسر علينا توجيها
كون الانزال له تأثير مضر في الجسم عند بعض المرضى دون اخرين فانهم
يجهلون به دون ضرر ولا يجوز القول بان اسباب الانحطاط العام والاضطراب
العصبي هو فقد الاخلاط فان الافراط من الجماع عند المتزوجين يحدث من
الشبان بكاد لا يغير معتهم على الدوام بل اغلبهم يحفظ صحته كما كانت قبل ولو
قد مقدار اعظيما من المنى كل يوم وقد هذا السائل عند هؤلاء اكثر منه
بالكلية في الاشخاص الذين يكادون الانزال بحيث ان النتائج الممتدة لذلك
كان ينبغي ان تشاهد في الاولين متى كان السبب فقد المنى والذي نظنه طبعا
للتنتائج الحميدة التي شاهدناها في السنين الاخيرة في المرضى الذين نحن
بصددهم وعند المصابين بالسيلان المتوى من السكى المتكرر بعرف الديك
ان الظواهر الاستيرية لهؤلاء تشابه بالكلية ظواهر الاسترياء في النساء
المصابات بتقرحات في فوهة الرحم وببارة اخرى ان حالة التبرج للاعضاء

التناسلية عند الرجال لا الفقد المنوي تحدث اضطرابات عصبية منتشرة كما في النساء وسند كرمع التفصيل عند الكلام على الاستريان تقرحات فوهة الرحم لا تؤدي على الدوام لحصول الاستريان ذلك لا يحصل الا عند وجود استعداد مخصوص ومثل هذا يقال بالنسبة لحصول الاستريان للرجال الذين يسمنون باليدأ ويعتبرهم عقب تخرج الاعضاء التناسلية انزال يتكرر أوسيلان منوي فالاستريان لا تنشأ على الدوام مطلقا لا عند النساء ولا عند الرجال من تغير في الاعضاء التناسلية فقط

وأما السيلان المنوي الحقيقي فيعني به الحالة التي فيها لا ينقلق المني مدة حركة الانتصاب التام أو غير التام بل التي يسيل فيها هذا السائل شيئا فشيئا في قناة مجرى البول ويندفع مع البول أو التبرز ثم ان تقاوم المعلم للند وخلافه من الاطباء مبالغ فيها مبالغة عظيمة في كثرة حصول السيلان المنوي وكثيرا ما يختلط هذا السيلان بزيادة افراز البروستة فانه لا يوجد في هذا السائل الذي يجمع بكثرة في فوهة قناة مجرى البول عند كثير من الأشخاص عقب تهييجات أعضاء التناسل حيوانات منوية بالكيفية وان وجدت فيه كان عددها قليلا جدا وكثيرا ما يشبه هذا السائل بالمواد المخاطية التي تنفزر بكثرة من الغشاء المخاطي المجري في أحوال السيلانات المجرية المخاطية المزمنة وانه يشبه ايضا بالاخيطه المستطيلة المخاطية التي توجد في البول عند الأشخاص المصابين بالنزلات المثانية المزمنة فلا يهتدي من التخصيص الا بواسطة الميكروسكوب واسباب السيلان المنوي الحقيقي غير واضحة ويظهر انه ينتج عن استرخاء وتعدد في القنوات القاذفة للعويصلات المنوية وبعض أحوال مرضية مجهولة في الارتفاع الحبلي وأقر بها العقل النزلات والتشوهات في هذا الجزء

وكما بولغ في كثرة السيلان المنوي قد بولغ ايضا في نتيجة المغممة من المعلم للند وغيره فقد شاهدت رجلا في مجد بورغ أحد خدماة وإورات سكة الحديد كان يعتبره مدة عشرين سنة منوي غزير في أثناء كل تبرز بدون ان يحدث ذلك ادنى تأثير مضر على صحته العامة وكان متزوجا وولده عدة من الاولاد مدة استقرار السيلان المنوي بل اعترف لي انه في أثناء مباحته كل يوم الى

(ليسيج) كثيرا ما فرط في الجماع وتوجد كذلك اشخاص تشاهد عندهم
الظواهر المرضية التي ذكرناها عند التكلم على الانزال

• (المعالجة) •

اما الاستعداد المرضي المتزايد في حركة الانزال فانه لا تشترط غالباً والتجارب
القليل فيها يحصل عليه من الانتفاكات لآلة بنية المريض وتباعد جميع
الامور التي يمكن ان يمتنع عنها هذا العارض ولهذا السبب كانت
الاستحضارات الحديدية مشهورة في معالجة الانزال وبعض المرضى يحصل له
تحسين أو شفاء تام باستعمال الحمامات البهرية والمعالجة بالماء البارد وكذا
الحمامات الباردة الجلوسية وغسل اعضاء التناسل بالماء البارد مرارا
ممدوح في تقوية اعضاء التناسل وعدم تكرار الانزال الا انه لا ينبغي
استعمالها في ساعة الغروب وقبل الدخول في افراش فانها ان استعملت
في هذا الوقت زاد الانزال وكذا ينبغي تجنب كثرة الاكل قبل النوم ومنع
المثروبان المثبهة خصوصا الشاي ونحو ذلك واستعمال الكافور وغيره من
الادوية واللوبولين وما أشبه ذلك من الادوية فقد اوصى به بعضهم (بان
يؤخذ من الكافور ٥٧ الى جرام ومن اللوبولين ٣ دسي جرام ومن السكره
دسي جرام ويعمل مسهوقا يعطى منه في النهار وفي المساء قبل النوم ورقة)
ومن المدوح بكثرة في مثل هذه الاحوال بروور البوتاسا يعطى منه كافي
أحوال الصرع وكذا اسائل فولير الزرنغني من ٥ نقط الى ١٠ قبل النوم فانه
واسطة جيدة في تلطيف التهيج التناسلي وكى ارتفاع الجبلي بواسطة حاملة
الكاوى للعلم (للند) وان زيد في المبالغة في مدحه في العصر السابق قبل الآن
بالكلية فان هذه الآلة التي كان يظن بلزومها لكل طبيب مدة شهرتها
قليلة الاستعمال الازجد او علاما الصداء فها رت في زوايا الاهمال عند
الاطباء انما في الاحوال التي يكون فيها الفقد المنوي غزيرا والبنية منهوكة
وفيها أيضا يظن باسترخاء وتمدد في القنوات القاذية للعويصلات المنوية
أو التهاب مزمن في الاجزاء الخلفية من قناة مجرى البول وكان هذا مسببا
للسيلان المنوي دون غيره من التغيرات المرضية يدوخ استعمال السكي
بالآلة المذكورة وفيها ساعد ذلك من الاحوال يقتصر فيها على ازالة

الامساك واستعمال الغسلات الباردة في أعضاء التناسل مع ملاحظة المضاعفات الموجودة ومعالجتها وللعالجة الكهربية نجاح بين في مثل هذه الاحوال كما سيأتي في المبحث الآتي

(المبحث الثاني)

(في فقد الباء والضعف التهيجي لأعضاء تناسل الذكور)

يندر مشاهدة فقد قوة الجماع في سن الرجولية فقد اتاما مستقرا بل بعض تشوهات القضيب وفقد أحد الخصيتين وتغير اتهم المرضية لا ياتج عنه فقد قوة الباء فقد اتاما وعكس ذلك كثير اما يشاهد تناقص في قوة الباء أو فقدتها الوقتي وعلى الطبيب معرفة هذه الاشكال المختلفة التي تظهر بها هذه الحالة فان بهارته وقهاره قد يمكنه راحة الزوجين وعدم الغسل والفراق وعدم الذرية بل وفشل النفس أحيانا سيما متى كان ذا أمانة وفيه أمانة وساهد بذلك المرضى التي تستشير به بسبب فقد الباء فيهم مع النصيحة وتسكين الفؤاد أو أكثر من يلجئ للطبيب في هذا الخصوص الشبان المتزوجون جدد أو يأتون له في حالة يأس عظيم بعدما يرون انهم لا قدرة لهم على الاجماع بنسائهم فان النساء ولو كن أصحاب عفة يحصل عندهن سآة شديدة وكرهه لزوجهن ولو أحببتهن محبة عظيمة عندما يرون ان أزواجهن لا قدرة لهم على الجماع بعد الزواج وكلما كانت البنات أكثر عفة وأقل معرفة بأمور النساء قبل الزواج يعضي عليهن غالباً من بعد الزواج بدون ان يتحقق من ان زواجهن خير تام الشروط يفقد قوة الجماع عند أزواجهن لكن متى تحقق من ذلك حصل عندهن احساس باحتقار واشمئزاز لرجالهن وكذا الذي يلجئ الشبان لاستشارة الطبيب ليس فقط حبهم للجماع ولا الخوف من الحرمان من الذرية بل الحياة والتأكد من احتقار نسائهم لهم فبعد مثل هؤلاء الأشخاص يقرون الطبيب دون غيره من الأقارب بهذه الامرار الخفية لا يمتنعون فيها ثم يلبى هؤلاء في كثرة الاتهاب للطبيب القادمون على الزواج فانهم يأتون له ويستشيرونه في معالجة فقد قوة الجماع التي شاهدها عند ما ارادوا اقتراباً أنفسهم في امرأة أجنبية قبل الزواج بقليل ومهما كان استغراب الطبيب المستعجب في الطب الهلجى عندما يعرض عليه

مثل هذه الامور لا بد وان يطراء عليه جملة أحوال من هذا القبيل يسهلها
 من اشخاص مع التصريح متى اتسعت دائرة اشتغاله في الطب العملي
 وأغلب هذه الاحوال ينتهي انتهاء جيد بالمعالجة اللائقة بحيث ان
 المترجمين جديدا الواقعين في حالة يأس ينتهي أمرهم بالحصول على قوة
 الجماع والذرية اذا وقعوا في يد طبيب ماهر فان السبب الكثير الحصول
 لفقد الباه الوقتي هو في الغالب فقد أمنية الشخص من نفسه مع شدة
 الالتفات والتفكير في النجاح عند اجراء الجماع فان الالتصاب لا يحصل فقط
 بدون تأثير الارادة بل شدة الرغبة في الحصول عليه ربما كانت تمنعه فانه
 كلما قل اشتغال الذهن بحصول الالتصاب عند شخص وكان غير قاصد
 حصوله كان حصوله أقوى واتم عند كل تنبه عام تناسلي ولذا انخير المرضى
 الواردون لاستشارة الطبيب بدون سؤال منهم انه كثير ام يحصل عندهم
 الالتصاب في بعض الاوقات التي لا فائدة فيها وانه اذا ذلك يكون
 تاما مستمر الكس متى أرادوا اجراء الجماع يزول الالتصاب بالكلية أو ان
 حصل لا يكون تاما أو يقدم مدة حركة الجماع قبل حصول قلق المني ومثل
 هؤلاء ان حصل عندهم بعد النجاح في الجماع مدة من الزمن التناكس
 الامنية في أنفسهم فتستمر قوة الالتصاب عندهم مدة طويلة لكن متى
 حصل عندهم عدم نجاح مرة من المرات وقعوا في حالة نكسة من فقد قوة
 الباه وقد يشاهد أياضا ان مثل هؤلاء يقدر على الجماع جملة مرار مع
 نسايتهم لكنهم لا ينجحون في ذلك اذا أرادوا نسايتهم الزنا بنساء ليس لهم
 اعتياد عليهم

ثم ان السبب الكثير جدا الى ضعف الباه هو جلد عميرة ويندر ان يكون سبب
 هذه العاهة الافراط من الشهوات التناسلية أو الاثر المتكرر لسكن
 ضعف قوة الباه عند الاشخاص منهم كمين على هذا الفعل القبيح
 لا يستعمل الى فقد قوة الباه فقد تاما وقتيا الا عند قراءة الرسائل المشنع
 فيها تشبعا عظيما على النتائج المفعلة للاستمناء باليد اذ يذكر في مثل هذه
 الرسائل ان فقد القوة التناسلية من النتائج الملازمة لذلك وهذا الامر يوجب
 عندنا ان نأمر قطع العثم من هذه بالكلية ومتى أثر كل من هذين الامرين

عند شيخ من واحد أعنى التأثير المضعف للاستمناء وقد الامنية من نفسه
عقب الاطلاع على هذه الرسائل يكاد يحصل له على الدوام عدم نجاح
الجماع وهذا هو السبب كما ذكر فيما تقدم في تكرار عدم نجاح قوة الجماع
ثانياً مدة طوييلة من الزمن

وهناك اشخاص لا تكون مستضعفة من الاستمناء باليد ولهم عادة قوة في
الجماع وأمنية في اجرائه ومع ذلك لا ينجحون اما بسبب السكر او بما
يحصل عندهم من عدم الامنية في انفسهم بعد ذلك ومن كثرة الرغبة
والتمسك في الحصول على نجاحه مرة ثانية ومن الخوف من عود هذا الامر
ثانياً يحصل عندهم ضعف وقتي في الباء وفي أحوال أخرى لا يمكن نسبة عدم
نجاح المرة الاولى لجماع الالتئيم والاضطراب العوي الشديد أو الرعب
الزائد ومثل هؤلاء يكونون عادة محجوزين عن تلك الشهوات بالكلية
وتزوجوا وهم في حالة جهل كلي فيما ينبغي اجراؤه بالنسبة لوظيفة التناسل
ففي الاسابيع الاولى التي تعقب الزواج يسكون هؤلاء الاشخاص في حالة
هبوط وغم شديدين بسبب ما وقع لهم من عدم النجاح في الجماع ثم بعد مضي
سنتين يتحدثون ويضعكون مما وقع لهم بعد الحصول على الذرية ويزيد عن
هذه الاحوال العديدة من ضعف قوة الباء أو فقده فقد اوقيتا توجد أحوال
أخرى نادرة يكون فيها فقد الباء مدة من الرجولية متعلقات في الحقيقة
بضعف وظيفته أعضاء التناسل ومثل هؤلاء يتغيرون عن الاشخاص
السابق ذكرهم بكونهم لا يحصل عندهم ادنى تئيم تناسلي ولو في
الافاق التي لا يوجد فيها ادنى مؤثر نفسي يمنعه من ذلك بل ويفقد عندهم
الاتصاف بالكلية الذي يوجد في كثير من الاشخاص بدون رغبة شهوية
بل وعند الاطفال في الصباح عقب امتلاء المثانة وعند البحث عن أعضاء
التناسل يوجد عندهم أحياناً تغيرات غير طبيعية كصعوبة دخول الخصيتين
وصغرهما ورخاوتهما أو استرخاء الصفن وطولها ورخاوة القضيب وبرودته
وصغره وتئيمه وفي أحوال أخرى قد لا يوجد عندهم ادنى تغير مرضي في
شكل القضيب ولا اوصافه وقد استشارني من منذ سنين أحد الاشخاص
المزارعين في سبب فقد الباء وحيث كان سنه أكثر بقليل من ثلاثين سنة وكان

ربع القائمة على العضلات وليس عنده مؤشحي في البطن وكانت أعضاؤه التناسلية سليمة عند البعث والقضيب تام النمو والخصيتان عظيمتان متناسبتا بقوام وكثافة ان اتحقق من أن ضعف البهائم من الاشكال الاول من الضعف المذكور وحكمت له بانذار جيد لكن اتضح الامر بخلاف ذلك ضد أملى وقد حصل بينه وبين زوجته الانفصال بعد سنة ولا يعرف التوجيه الفسيولوجي للشكل الثاني من فقد البهائم

ثم انالاند كراحوال التغيرات المرضية غير الطبيعية لأعضاء التناسل كقطع الخصيتين وضعف أعضاء التناسل الناتج عن بعض الامراض العامة المضعفة سيما البول السكري ونحو ذلك لما نتج عن فقد قوة الجماع أو ضعفه ليكنا ذلك كرمع الاختصار هنا بعض كميات على الضعف التبعي لأعضاء تناسل الذكور فنقول

ان الشكل الاول من فقد قوة البهائم بعده كثير من المؤلفين من الضعف التبعي لهذه الاعضاء وفي الحقيقة الأشخاص الذين نكلمنا عليهم ابتداء يكونون من جهة كثيرة التبرج وذلك انهم مجرد ملاستهم نساء أو نحو ذلك من الاسباب تحدث عندهم تغيرات تناسلية في أقرب وقت ويكونون من جهة أخرى ضعفاء لان الانتصاب عندهم ضعيف قصير المدة لكن يعنى بلفظ الضعف التبعي لأعضاء التناسل بمعناه الحقيقي الحالة التي فيها مع حصول التنبه التناسلي العام يحصل انقذاف المني قبل اتمام حركة الجماع بل وقبل تمام الانتصاب وهذه العاهة تشاهد على الخصوص عند الأشخاص الذين تعودوا على الاستمنا باليد وعاقبة هذه الحالة تكاد تكون جيدة دائما اذا كان يحصل عندهم انتصاب قوى زمنا فزمنافان هذه الحالة ولو كانت ناتجة عن الافراط في الشهوات واستمرت زمنا طويلا قبل الزواج وبعد معالجة اساسية لا بد وان تزول بتأثير المعيشة المنتظمة والمخاطبات الشهوانية الاهتيادية غير المصحوبة باستعمال مهيجات مناعية أى مقويات

(المعالجة)

اما دلالات المعالجة السببية فتستدعي في الشكل الاول معالجة عقلية أى

الوسائط التي يؤثر بها الطبيب على عقل المريض فكثيرا ما يكفي في مثل
 هذه الاحوال اخبار المريض بما حصل لغيره من النجاس والتأكيد له بان
 مرضه هذا واه جدا ووقتي يشفي تبعا لجميع التجارب وبعض الاشخاص
 الاخر يحصل له الشفاء من امره بالنسبة عن تجربة النجاس فان عدم الرعب
 وتسكين روع المريض عند التنبيه للناس على وزوال صرف الفكر في استمرار
 الانعاط وبقائه يمكن بهما حصول المجامعة بحيث ينيسر اجراء ذلك مدة
 المنع منه ويستمر النجاس الذي لم يكن الحصول عليه قبل ذلك ومتى ندب
 الطبيب للمعالجة أشخاص غير متمدين وجب عليه ان يامرهم باستعمال
 جواهر دوائية لطيفة التأثير مع المبالغة العظيمة في نجاساتها وثمرتها
 ويامرهم باجتناب تجربة النجاس مدة بعض زمن فكثيرا ما يأتي المريض بعد
 بعض زمن و يقرون للطبيب مع الناسف بانهم لم يمكنهم منع انفسهم من
 امتثال الامر مع المدح السكلي في انعاطوه من الجواهر الدوائية وينبغي
 للطبيب عنده معالجة اي شخص مصاب بضعف الباء أو فقدته ان يامرهم
 بتجنب المهيجات الصناعية التي يجتهدون بها في أحداث الانعاط خصوصا
 لمس أعضاء التناسل وذلك فيها وعليه ان يخبرهم مع الحساس والتأكد
 بالعواقب المنفعة التي تعقب ذلك ورداءة الاعتماد على ما ذكره وجميع الجواهر
 الدوائية المهيئة للباء لا فائدة فيها بل مضرة واما القسالات الباردة لأعضاء
 التناسل والجمامات الباردة الجلوسية والتشللات الباردة فكثيرة المنفعة
 فينبغي الالتجاء اليها في الشكل الثاني وأما كي الجزء البروستتي من قناة
 مجرى البول بواسطة حامل الكاوي للمعلم (للند) فقد شوهد منه نجاح
 عظيم في بعض أحوال فقد انبأه عن صوابه الفاضل التبرجي ولربما كانت
 طبيعة هذه الاحوال غالباً ناتجة عن السيلان المنوي الناشئ عن تمدد
 القنوات القاذمة للحوصلات المنوية ومن الجائز ان نجاح هذه الطريقة
 أحيانا يكون ناقصا عن التأثير على عقل المريض وقراءة رسائل المعلم (للند)
 تدا بالكلية في هذه المعالجة لانها تشمل على أحوال عديدة من نجاس هذه
 العملية فتعطي للشخص شهامة التي كانت فقدت منه بالكلية وفي العصر
 الاخير قد أوصى بعد الاطباء المشتغلين بالمعالجة بالكهربائية باستعمال

التيار الكهربي لأجل معالجة فقد الباء ومدح فجاح هذه الطريقة مدحا عظيما ومع ذلك فقد أوصى بعض الأشخاص المتزوجين الفاقدين الباء بتجنب ازواجهم - هو بتغييره أنفسهم مع غيرهن من النساء ونحن وان شاهدنا حصول الانعكاس في الأشخاص السليمي الباء عند تسلط التيار الجلواني على الجهة الانسية من المخذين الا انه عند فقد الباء تحصل على فائدة عظيمة ولو عمادينا على المعالجة بالكهرباء بآلة اسايكس لكن حيث كان عدد تجاربى من هذا القبيل غير عظيم جدا فلا يجوز ان يعلم منه شيئا ونذكر مع الاختصار الطريقة العلاجية الكهربية التي أوصى بها كل من المعلم بنيدى كوت وشولنس فنقول

انه على حسب طريقة الاول ينبغي وضع القطب النحاسي للتيار الكهربي المستمر على الفقرات القطنية والقطب الحارصيني في اتجاه الاحبل المنوية ابتداء بتقدير بعين مرة ثم يوضع بالعرض على الدوائر المختلفة من سطح القضيب العلوى والسفلى ثم يمس به الجمان طول كل جلسة تستمر من دقيقتين الى ثلاثة وزيادة عن ذلك ينبغي وضع القطب النحاسي في كل أربعة عشر يوما ثلاث مرات في قسم القناة القاذفة للسني بواسطة موصل على شكل قساطير ويمس بالقطب الحارصيني اذ في اتجاه الاحبل المنوية وعند وجود اصغار غير حساسة يستعمل المعلم المذكور سابقا الفرشة الجلوانية وان كانت الحصى عديمة الحساسية يسقط تيارا كهربا ثيا يمر منها وتكرر الجلسات كل يوم مع الاستمرار في مناطق يلاحظ ان التحسين لا يحصل احيانا الا بعد بعض شهور وأما شولنس فانه يستعمل التيار الكهربي المتقطع في معالجة الانزال المنوى وفقد الباء من مناطق يلاحظ انه ذكر انه تحصل على نتائج عظيمة من منذ استعماله للتيار المستمر وطريقته ان يوضع القطب الموجب في قسم الفقرة الخامسة للظهر والقطب السالب على العظم العجزى والجمان وكل جلسة تستمر من دقيقة الى اثنتين وتكرر في كل اسبوع من ثلاث مرات الى أربع وهذا الطبيب يستعمل اجهزة مركبة من عشرين الى ثلاثين زوجا دانيا ليا ذات حجم متوسط

(فى أمراض اعضاء تناسل الاناث)

(الفصل الاول فى أمراض المبيضين)

(المبحث الاول فى التهاب المبيضين)

(كيفية الظهور والاسباب)*

الاضطرابات الغذائية النهائية فى هذا العضو تصيب اما حويصلات جراف أو جوفهر المبيضين أو غلافهما المصلى والشكلان الاولان يؤديان غالباً لتفجج جوفهر هذا العضو واما الشكل الاخير فيكاد ينتج عنه على ادوام ثخن فى الغلاف المصلى والتصاق المبيضين بالاعضاء المجاورة لهما ثم ان الولادة وتأتجها هي السبب الرئيس لحصول التهاب المبيضين ولكوننا لا نتكلم فى هذا الفصل على الامراض التى تنتج عن الحمل والولادة والنفاس لا نذكر هنا التهاب المبيض النفاسى وزيادة عن حالة النفاس يظهر أن أكثر حصول التهاب المبيض فى الزمن الذى يكون فيه محتقناً ومجسلاً لاصابة جرحية فسيولوجية عقب انفجار حويصلات جراف وعلى عموم الاسباب الممتدة لحصول التهاب المبيض غير النفاسى عن المؤثرات المضرة على الجسم زمن الطمث كالبرد ورطوبة الاقدام والجماع زمن الحيض والظاهر ان حصول هذا المرض مرة يعين على ترده مرارا

(الصفات التشريحية)*

الالتهاب المبيضى يصيب على الدوام مبيضاً واحداً واذا كان منشأه حويصلات جراف يشاهد اما حويصلة واحدة متزايدة الحجم أو اثنتان أو أكثر وهنادر فتكون متعددة فى حجم الحبيبة أو الكرزىة والمتمدة تسكون بمثابة بنضح التهابى مزوج بمواد دموية ومحتفظتها الظاهرة حمرة بسبب الاحتقان الوعائى والمبيض نفسه غالباً يكون قليل الانتفاخ وجوفهره على حالته الطبيعية الا انه مرشح ارتشاحاً أو ذيباً وياخضفوا والمحافظة المصلية تسكون عادة مشتركة مع الجوفهر فى الالتهاب وانتهاء هذا الالتهاب غالباً يكون جيداً فان النضج الالتهابى يمتص وتضمحل الحويصلة وفى أحوال أخرى تسهيل الى كيس مصلى ويندر أن تتفجج وينتج عنها خراج فى المبيضين وأما اذا كان منشأ الالتهاب جوفهر المبيضين فتسكون التغيرات

المرضية قاصرة على احتقان عظيم فيه وأودعها النهاية ونحو في المنسوج
الخلوي يؤدي فيما بعد لثخن ثم انكماش وضرور في المبيض ويندرج دافي مثل
هذه الاحوال تقبح المبيض وتكون خراجات وتقيحها تقيحها منشر ولم يشاهد
المعلم كبوش هذا الانتها في التهاب المبيض غير النفاسي الامرتين
وأما التهاب الطبقة البر يتونية المععدة للمبيض فقد يكون تارة أوليا وتارة
ثانويا فينضم لالتهاب جوهر هذا العضو وفي الاحوال الحديثة بتغطى
المبيض بنضج خفيف رقيق كثير الليفية يلتصق خفيفا بالاعضاء المجاورة
له سيما بالاربطة المستعرضة للرحم والبوقين فان الطبقة البر يتونية المععدة
لها تشترك في التهاب وفيما بعد تتكون التصاقات متينة بواسطة
اللمة وأغشية ليفية بها يكثر أن يلتف المبيضان وفوهة البوقين وتتعمد
ومن النادر ان يخرج عن التهاب الطبقة البر يتونية للمبيض نضج خزر وفي
مثل هذه الاحوال تتكون بورات متكيسة في الحوض الصغير

* (الاعراض والسير) *

الاعراض التي تصنف بها التهاب المبيضين هي اعراض التهاب
البر يتوني الجزئي الذي يكون مجلدا في احد المبيضين وأما اذا بقيت طبقة
المبيض المععدة البر يتونية مصونة عن التهاب كان سيره خفيفا على
الدوام ويكون وضع المبيضين في الحوض الصغير غائر اجدوا مغطى بالكلية
بالقائف المعوية بحيث ان الضغط الواقع من اعلى العانة لا يؤثر على هذا
العضو الا اذا كانت الجسدر البطنية مسترخية جدا ولذا كان من المهم
البحث على الدوام من فعوقبة المهبل لاجل التأكد من الألم ان كان
آتيا من المبيضين أولا وفي بعض الاحوال قد يمكن الوصول الى المبيض
المريض ومعرفة بواسطة الجس من المستقيم ومن العلامات الشخصية
أيضا لهذا المرض معرفة اسبابه فان الاعراض المذكورة متى وجدت في
مریضة تعرضت للبرد أو اسباب مضره اخرى مدة الطمث واصطبغت
بانقطاعه غلب على الظن ان اعراض التهاب البر يتوني الجزئي منشأها
المبيض لاعضوا آخر من الاعضاء المغلفة بالبر يتون وبامتداد هذا التهاب الى
الاعضاء المجاورة قد تتنوع صفة هذا المرض وقد يصطبغ التهاب المبيض

بسيلاندر حتى أوسيلانات مدمجة أو مدمجة مصلبة وآلام عند التبول والتبرز
 وآلام عصبية أو إحساس بتقلص الطرف السفلي المعامت للبيض المبيض
 وقد تنفذ هذه الظواهر في أحوال أخرى وينسدران يصطبب بالتهاب
 المبيضى بأعراض حادة وسير هذا المرض يختلف اختلافا عظيما في الأحوال
 الجيدة قد تزول أعراضه في أيام قليلة بدون أن يبق أثر والظاهر أن مجموع
 الأعراض التي كثيرا ما تظهر عند النساء الفواحش وتعرف ببعض الفواحش
 تكون متعلقة بالتهاب خفيف مبيضى ذى سير سريع وانتهاء حميد فانه
 كثيرا ما شاهدنا عند هاتيك النساء آلاما شديدة في البطن السفلى آتية من
 المبيض تزداد داءا عظيما بالضغط ثم تزول بسرعة عقب إرسال العلق
 ونحوه وأما إذا امتدت مدة هذا المرض ونجم عنه التصاق المبيض بالأعضاء
 المجاورة ومخن الطهقة الغمدية فلا يندر أن ينتج عن ذلك تردد أعراض
 الالتهاب المبيضى تردد دوريا سببا وقت زمن الطمث اذ من الواضح أن
 تمزق حوىصلات جراثيم الذى يصطبب في الحالة الطبيعية بظواهر مشابهة
 لظواهر الالتهاب كثيرا ما يصطبب بظواهر النهائية خفيفة في الحالة
 المرضية المذكورة أخيرا وقد شاهدنا حالة من هذا القبيل عند امرأة كان
 حصل لها من منذ عشر سنين التهاب مبيضى شديد وعولجت من أحد
 الأطباء المشهورين بمعالجة أمراض النساء ومن وقتئذ يتردد عليها هذا
 المرض مرارا كل سنة وأما إذا كان النضج الناتج من التهاب البر يتون
 للعلاف المبيضى غزيرا أو حصل ثقوب في المبيض من الخراجات التي
 تتكون أحيانا من الالتهاب المبيضى الجوهرى فينتج عن ذلك إما انكسار
 غزير متكيس في الحوض الصغير أو التهاب بر يتون منتفخا ذو سير حاد جدا
 وانتهاء حمزن

• (المعالجة) •

يوصى في الأحوال الحادة لالتهاب المبيض كما يفعل في الالتهابات البريتونية
 الجزئية أو الرحمية الدائرية بإرسال العلق على أحد أقسام الأربية بمقدار
 عشرة أو خمسة عشر و إن سمحت الحالة بإرسال العلق على عنق الرحم وجب
 فيه ثم توضع مثانات مملئة بالجليد على القسم المريض وأما إذا كان الالتهاب

المبيض نتيجة الطمث ولا تستعمل الوضعيات الجليدية بل يقوى استعمال
الطلق بواسطة الضمادات الفاترة على البطن السفلى أو الأضواء التناسلية
الظاهرة وكذا يحفظ البطن منطلقاً بواسطة المسهلات لكن يقتضيه استعمال
المسهلات الشديدة بل يقتصر هنا على تعاطي زيت الخروع والحقن المليئة
وفي الغالب لا يحتاج في هذا المرض لاستعمال الرقيق الحلو والمرم السحجاني
الرثبتي وإن خشي من امتداد التهاب البريتوني إلى الطبقة المصلية
المعوية ويجب استعمال المركبات الأفيونية وإذا استطالت مدة المرض
وجب تكرار إرسال العلق بكمية قليلة جملة تمرار ويظهر أيضاً أن
الاستعمال المنتظم للحمامات القلوية واستعمال المركبات اليودية من الباطن
أو المياه المعدنية اليودية ذو منفعة عظيمة

(المبحث الثاني في ا كياس المبيض)

(المعروف باستسقاء المبيض)

• كيفية الظهور والاسباب •

الغلب الا كياس المبيضية تنشأ عن استسقاء في حويصلات جرأف وذلك
انها تنفذ وتتخيل الى ا كياس عظيمة الحجم أو قليلة بواسطة قبولها
لكمية عظيمة من سائل مصل وتنفذ في جدرها ويقرب للعقل أحياناً أن التهاب
الاجربة المبيضية هو الذي يكون السبب الابتدائي في تمددها الاستسقاء
وذلك بخبره يؤدي لتخثر في جدرها يمنع من استفرغها ويجعل العقل
لرأى المعلم اسكنسون القائل بأن استسقاء حويصلات جرأف يحصل
أحياناً بكون الاحتقان الطمئي الذي يحصل في أحد المبيضين لا يصل
إلى درجة كافية في تمزق الحويصلة بل يزيد فقط في افرازها فتجتمع
المواد المنفرزة في باطنها فتسكن في جدرها شيئاً فشيئاً وينتج عن ذلك ازدياد
مستمر في الافراز بتكون وعائي جديد وهذا الشكل من الا كياس
المبيضية يشاهد في كل طور من أطوار الحياة لكن يندرج أمشاهدته قبل
زمن البلوغ والذي يشاهد منها عند النساء من اليأس يظهر أنه لم يتكون
حينئذ بل يتكون من قبل

وهناك شكل ثان من الا كياس المبيضية يتكون من استسقاء متسككة

جديدة اما في جوهر المبيضين او في جذراً كياس قديمة تعرف بأما الاكياس
يتولد عنها أكياس جديدة تعرف يدنات الاكياس
ويوجد شكل ثالث ابيض من الاكياس المبيضة يحصل بكيفية بها يستحيل
الجوهر الخاص للبيض الى مسافات خلائية متراكمة يعظم حجمها شيئا فشيئا
وهذا النوع يسمى بالاستحالة الكهفية للبيض

(الصفات التشريحية)

الأكياس المبيضة الناتجة عن تمدد استسقاء في أجزء جراف يوجد فيها
تارة كيس واحد وتارة جملة أكياس في المبيض وفي هذه الحالة الأخيرة
تكون الاكياس في الابتداء منعزلة عن بعضها ذات شكل مستدير ومتى
نمت نموًا عظيما تلامست جدر بعضها ببعض الاخر فتتفرطح وتكتسب
هيئة أكياس الشكل الثاني أي الذي فيه يتولد كيس في جدر كيس آخر
ويندر أن تصل الاورام الناتجة عن استسقاء اجزاء جراف الى حجم الراس
وفي هذه الحالة يكون الورم متكونا من كيس واحد قد تمدد عظامها
أو من جملة أكياس منضمة الى بعضها ومثل هذه الاكياس تكون جدرها
عادة رقيقة لكن قد يحصل فيها تضامة عظيمة بتقدم المرض فتكتسب
ثخنا ومائة عظيمة ومن ثم تحصل هذه الاكياس يكون متكونا من أسائل
صاف مصفر ولزج غروي واذا حصل تمزق في باطن الكيس أو التهاب
جدره صار محتوها عموما او ذا لون مسمر بل مسودا أو يصير مصفرا قهيبا

وأما الاورام المبيضة المتعددة الجيوب التي تنفج عن تكون جديد حويصلي
فقد تصل الى حجم عظيم جدر اوفى العادة يتولد أحد الاكياس من جدر
الكيس المجاور له وذلك ان هذا الكيس يضغط على الكيس القديم
فتثخن جدره من جدر الكيس المنضغط وبذلك تكتسب ثخنا وسماكة
عظيمين فيصير منسوبها اليافيا ولا يندر ان يحصل في جدر هذه الاكياس
تعظم ويوجد على السطح الباطن لهذه الاكياس طبقة بشرية بسيطة أو
متراكمة وتحصل هذه الاكياس يكون كذلك اما سائلا أو هلاميا وكثيرا
ما يكون محتويا على عدد عظيم من بلورات كلوستريافية وبواسطة تزييف
أو التهاب في الكيس قد يكتسب كذلك لونا مسمرا أو مسودا أو مصفرا قهيبا

وأما الشكل الثالث من الكياس المبيضة أى الاستحالة الخلائية ففيه المنسوج الاصلى للبيض يكاد أن لا يوجد له أثر بالسكلية بل يكون متكونا من مسافات مجوفة منفصلة عن بعضها بطبقة رقيقة من منسوج خلأى واصفر هذه الخلوية مجعلا يشاهد الا بالمكروسكوب وأما ما كبر عن ذلك فيكون كالكياس فى حجم قبضة اليد بل أزيد وما دامت هذه الخلوية صغيرة ومتساوية الحجم فإن المبيض يكون على هيئة ورم منتظم أملس لكن متى غت إحدى الخلوية على هيئة كبس عظيم صار الورم غير مستوذاً لتعدبات ومفصل هذه الخلايا يكون على العموم سائلا مصفر الزجا عليها الكن كثير اما يوجد فى الكياس العظيمة منها سائل مائى والاستحالة الخلوية للبيض تتضاعف احيانا بسرطان هذا العضو

وما يجب التنبيه عليه أنه يوجد خلاف الكياس المبيضة المدكورة الكياس تحتوى بدلا عن السائل المدكور على مواد شمعية أو شعرية ونحو ذلك والسطح الباطن لهذه الكياس التى هى بلا شك هبارة عن حويصلات جراثيم المتغيرة يشابه فى تركيبه منسوج الجلد مشابهة عظيمة فى امتداد متفاوت فيكون مغطى بطبقة بشرية وموشها بفقد درقية ودهنية وبصيلات شعرية ويكون الشعر الناشئ منها قصيرا أو طويلا اشقر عادة وفى هذه الكياس التى يختلف حجمها من الجوزة الى قبضة اليد يوجد احيانا كياس سنية مع الاسنان واسنان سائبة وقطع عظمية تشابه الفكى لحاملة لاسنان وشعر ساقط متلبد و احيانا توجد طبقات من كتلة عصبية دماغية مع مواد شمعية مصفرة صلبة أو سائلة واخلوية بشرية وقد تكون هذه الكياس عظيمة الحجم

* (الاعراض والسير) *

يندر أن تسبق الكياس المبيضة باعراض الالتهاب المبيضى التى ذكرناها فى المبحث السابق والغالب أن تفقد الظواهر السابقة بالسكلية بل والا كياس المبيضة نفسها لا ينبج عنها أدنى عرض مادامت صغيرة وغير ضاغطة على الاعضاء المجاورة وأما كونه ينبج عن هذه الاورام مكابذات أولاوى نوع من المكابذات والعوارض وأى شدة تنبج فهذا انما يتعلق

باختلاف وضعها فمثلا الاكياس المبيضية المتناسية الحجم الكائنة خلف الرحم في مسافة دو جلاس أى التقعر الرحمى المستقيمى الدافعة للرحم نحو المثانة يمكن ان يخرج عنها اضطرابات عظيمة فى البول تختلف باختلاف الجزء المضطرب فى المثانة فيوجد على الدوام تطلب للبول أو عسر فيه وكذا التبرز فلا يحصل فيه عوق عظيم بسبب ضغط أورام صغيرة وكذلك الضغط الواقع على الاعصاب السائرة على الجدار الخلقى من الحوض قد يحدث آلاما فى القطر وكذا علامات انضغاط الجذوع العصبية لاحد الاطراف فتشاهد تارة آلاما متارة احساسا بتقلص فى ذلك الطرف وبالضغط الذى تحدثه الاورام المبيضية على الجذوع الوريدية فى الحوض يحصل احيانا انتفاخات أو ذمجاوية أو تمددات دوالية فى الاطراف السفلى وفى بعض الاحوال قد ينضم لهذه الظواهر تغيرات فى الثديين سيما انتفاخهما وتلون الحلمة المهربل وافر ازادة مصلية يضاء تعرف بالكوروسستروم وهكذا التى العرضى واضطراب البنية العام الذى يشابه ما يحصل فى ابتداء الحمل قد يصاحب كل منهما نمو الاكياس المبيضية

ومنى تمت هذه الاورام وارتفعت من الحوض الى اعلى زالت ظواهر الضغط على اعضاء الحوض فتظهر المرضى فى حالة استراحة محسوسة ولا يتضح وجود المرض الا بالعلامات المدركة التى منذ كرها ومع ذلك فى بعض الاحوال قد تستمر عوارض الضغط المذكورة ولو مع غمور الورك فقد يحصل مثلالان الجزء السفلى من الكيس يكتسب شكلا اسفينيا ويسقط الى اسفل ولو مع صعود باقى الورم المتزايد فى الحجم الى اعلا فتستمر اعراض الضغط الواقع منه فى الحوض الصغير على الاعضاء الكائنة فيه وقد تجذب المثانة الى اعلا بارتفاع الورم فينتج عن ذلك احيانا مكابذات جديدة فى التبول وبازدياد الورم وتمدد تدرجيا تضيق تجويف البطن وتعلق حركات الحجاب الحاجز فيندفع الى اعلا وحينئذ تظهر اعراض ناتجة عن ضغط الاحشاء البطنية والاجزاء السفلى من الرئة ولذا يصير كل من امتلاء المعدة ولو قليلا وتمدد الامعاء بالغازات متعبا للغاية يحصل التى بسهولة وبضيق النفس وتتضح علامات النزلات الشعبية بسبب الاحتقان التفمى الجانبى فى

الاجزاء العليا من الرقبة بل وافر از البول قد يتناقص تناقصا عظيما بالضغط
 الواقع على السكبية واخيرا يحصل اضطراب عظيم في التغذية العامة بسبب
 الاضطرابات المختلفة التي تسببها الاعضاء المعينة على تجسيد التغذية
 وتكوين الدم ولذا تنضج اعراض الانيميا والاستسقاء العام وتضعف
 القوى وتظهر لمخافة الجسم ونقطة طاع المبيض بالسكبية وترتفع الاطراف
 السفلى وحينئذ تمك المرضي عقب النهوكة العامة
 ثم ان المدة التي تمضي الى الانتهاء المحزن تختلف اختلافا عظيما فقد تقادى
 عدة سنوات لكن بعض المرضي يهلك بسرعة عقب طرور امراض اخرى
 وربما ذلك عدد عظيم عقب المعالجة غير الجيدة فغزو هذه الاورام غالبا لا يحصل
 بكيفية مستمرة بل متقطعة وقد شاهدنا سنكون في احوالها كان فيها بتزايد
 السائل في الكيس ويتناقص تدريجا فكلما قبل طرور الطمث يتزايد حجم
 الورم بازدياد افران جذره ويتناقص عقب زوال الطمث وبعض الاكياس
 لا يبلغ الاحجام متوسطا ثم يستقر هكذا وقد شاهدنا في حالة من احوال الكياس
 المبيض التي ظهرت عند المريضة وسنأتمن عشرة سنة غواسر يعا ووصل
 حجمه هول جدا وقد أدى على ذلك عشرين سنة واتهاء هذا المرض بالشفاء التام
 اى عقب امتصاص مضمض لم يكن اثباته اثباتا كليا انما الظاهر ان هذه
 الاكياس احبانا تكا بد ضهورا عقب ما يعترى جذرها من الاستسقاء الفلجية
 ومن العوارض التي يمكن حصولها في سير هذا المرض التهاب الطبقة
 الغمدية البريتونية وهو كثير اما ذاتي عقب غزو الاكياس المربع او
 ينشأ عن الاعمال الجراحية وهذا الالتهاب يتضخ بالام كثيرة الشدة
 او قليلتها تزداد بالضغط وكذا يظواهر جسيمة ولكون هذا الالتهاب
 يؤدي لالتصاق الاكياس المبيضية بالاجزاء المحيطة بها فمهمة مهمة
 جدا بالنسبة لانداز عملية الاستئصال ومنها التهاب السطح الباطن من
 الكيس المبيضي وهو اندر من التهاب سطحه الظاهر وأقل معرفة
 في التشخيص و ينشأ غالبا عن بط الكيس الذي يعقبه تغير في صفات
 مضمضه وحينئذ يكون الاحساس المؤلم مفقودا بالسكبية غالبا والعرض
 الوحيد لهذا التغير في الغالب هو الحركة الجلية الخفيفة التي لا يسهل توجيهها

غالبها ومنها تمزق الا كياس المبيضية أحيانا عقب تدورها تمردا عظيما
او بتأثير بعض مؤثرات ظاهرة وانسكاب مقصدها في تجويف البطن
وباختلاف طبيعة مقصدها هذه الا كياس تختلف الاعراض الناتجة عنها
في الجودة والرداءة فهناك احوال يكون السائل المنسكب في تجويف البطن
من الا كياس مصليا صافيا او حينئذ يمتص بسرعة ولا يمتلئ الكيس ثانيا
الا فيما بعد أولا يعود امتلاؤه ثانيا ومع ذلك ففي نفس الاحوال المذكورة
يكون انسكاب السائل المصلي في تجويف البطن مصحوبا بالآلام شديدة
واضطراب عام ثقيل واما الاحوال التي فيها يكون مقصده الكيس المتزق
سائلا قوى التأثير او مشتقلا على مواد ضمنية او شعرية او نحو ذلك فيحصل
الموت بسرعة عقب ظهور اعراض الالتهاب البر يتوفى الثقيل وفي الحالة
التي ذكرناها فيما تقدم حصل ثقب الكيس عقب ارتجاج الجسم الشديد
بعد مضي عشرين سنة من منشأ الكيس ولم يحصل ابتداء الالتهاب
بر يتوفى متوسط الشدة ولو كان مقصده الكيس المنسكب في تجويف
البطن تخفينا تخفينا تقريبا ومحتويا على كثير من الصكولستيارين
فكانت هذه الواقعة بالنسبة لتلك المرأة كانت أمرا جديدا لان بطنها الذي
هبط بالكفة عقب تمزق الكيس اخذ في الامتلاء تدريجا بحيث انه عا
قليل من الاساييس وجد اكثر توثر اعما كان ولا شك ان السطح
الباطن من الكيس المتزق عادي فرز ثانيا وانسكب مقصده في تجويف
البطن وانضم لذلك نضج يتوفى وقد اضطراب الحال لتكرار البذل في المرة
الاولى استفرغ مقدار ٣٠٠٠ سنتيمتر مكعب من مخلوط مكون من افراز
الكيس والبر يتوفى وقد بلغ بالوزن واحدا وخمسين رطلا اعني ثلث وزن
جسم المرأة قبل البذل وبعد البذل الرابع بعض اساييس هلك
المرضة في حالة نهوكة والصفات التشريحية ايدت التشخيص المفعول
مدة الحياة وبالجملة فالاكياس المبيضية هوضا عن كونها تمزق فجأة قد
تنفتح تدريجا عقب حصول التهاب في جدرانها وينسكب مقصدها اما في
تجويف البطن او اعضاء اخرى مجاورة عقب التهابها او أكثر ذلك
مشاهدة انفتاح هذه الا كياس في المستقيم وحصول ضمور مستمر فيها

وبالبحث الطبيعى يمكن معرفة الاكياس المبيضية غالباً ولو لم تكن صعدت الى اعلى من الحوض الصغيرة فانها اذا كانت موضوعة فى مسافة دو جلاس او بين الرحم والمثانة أو على جانبي الرحم احس الطبيب باصبعه عند البحث من المهبل عن هذه الاصفار بورم ظاهر محدود كثير الحركة او قليلها وهذا الورم تبعاً لوضعه يحول الرحم الى اتجاهات مختلفة واحياناً يمكن الوصول الى الكيس من المستقيم وكما اتضح ان هذا الورم غير تابع لحركات الرحم الا بكيفية غير تامة تاكدت لسادقة التشخيص

واما اذا صعد الكيس المبيضى من الحوض الى اعلى فيكون اعلى من الفرع المستعرض للعانة ورمامتهر كالمهدود امس الاعلى فحديداً جيداً ذا شكل مستدير غير ولى وفي هذا الورم يحس بتوج كثير الوضوح وقليله واذا رفع هذا الورم باحدى اليدين وكانت الاخرى موضوعة فى المهبل لاجل البحث وجد ان الرحم لا يتحرك مع الورم الا عند فعل حركات عظيمة والعكس بالعكس

ومنى غما الورم غوا عظيماً امتد جهة الخط المتوسط والاكياس المبيضية العظيمة التى تصعد الى اعلى من جهتي البطن الى حافات الاضلاع وتغلا جهتي البطن لا يمكن تحديدها تحديداً واضحاً ولا معرفة كونها اوراماً منفصلة وتعدد البطن العظيم وبروزه يكون أعظم من مرضه ولا يتغير شكله عند الاوضاع المختلفة للجسم وزيادة عن ذلك فيكون ذا شكل غير منتظم عند البحث بالظر والجس وهذه الظاهرة تدل على تكون الورم من جلة أكياس مختلفة يعضها وصوت القرع فى جميع المحال التى فيها الورم يلامس الجدر البطنية يكون أصم ولكون الامعاء تندفع الى الاعلى والجانبين بواسطة ورم المبيض تنضح الاصمصة بكثرة خصوصاً الى الجهة المقدمة من البطن التى فيها يكون صوت القرع فى احوال الاستلقاء الزنى مثلثاً أى زائداً وامامى الجهات الجانبية السفلى فيكون الصوت قليل الاصمصة وطلياً وتحصل فى الرحم تحولات مختلفة بواسطة دفع الاورام المبيضية العظيمة الحجم وعلى ذلك تكون نتيجة البحث من المهبل مختلفة باختلاف الاحوال فان الرحم قد يكون مندفعاً الى اسفل اندفاعاً عظيماً جداً بحيث يحصل فيه سقوط وتارة

يندفع الى الامام وتارة يجذب الى احدى يمين حيث يستطيل المهبل ويتدد ولا
يمكن الوصول الى فوهة الرحم

وقد تخلص الاكياس المبيضية الجلدية يرتكن فيه الى القوام الجيني
والنمو البطي فيها ولا يندر التهاب تلك الاكياس وتقيدها وبذلك يحصل
انثقاب اماني المثانة أو المستقيم او المهبل او الجدار المقدم من البطن وفي
بعض هذه الاحوال قد حصل بعد تقيح الكيس شفاء تام

* (المعالجة) *

معالجة الاكياس المبيضية تكاليف تخص بفن الجراحة وجميع الوسايط
المساعدة على الامتصاص ليس لها ادى نتيجة بل الغالب انها تكون مضرة
حيث كان اغنياء قوى التأثير ومثل ذلك يقال بالخصوص بالنسبة لاستعمال
المركبات اليودية والزئبقية وقد يحصل وقوف في غموا الكيس بواسطة استعمال
المسهلات الشديدة والحمية القاسية لكن حيث لا يمكننا التماضي على هذه
الطريقة الا زمانا قليلا جدا فقبحاها ليس الا وقتيا فلان منفعة فيها بالنسبة
للمرضى في وقوف الورم بعض زمن في النمو ورجوعه عما قبل الى التزايد
ولا يؤمل كذلك باستعمال الجواهر الدوائية من الباطن باحداث تغيير في
جدر الكيس به يفقد قابلية نموده ومع انه ثبت بالتجارب ان المعالجة الدوائية
ليس لها ادى ثمرة لكن لاما نعت من استعمال بعض المعالجات الطبية لاجل
تسكين روع المرضى خصوصا استعمال بعض الجمامات المعدنية كياه كريتزاخ
وتلس

واما المعالجة العرضية فمختلف دلالتها باختلاف حالة المريض بان كان
هناك ظواهر تدل على اختناق بعض الاعضاء المجاورة والتهاب في الطبقة
البريتونية او تغير في التغذية العامة او خلافا من الظواهر المهددة لحياة
المريض فيجب معالجة كل منها بما يليق به وامادالات البذل والحقن اوة
الاستئصال فهذا من خصائص علم الجراحة

وعملية استئصال المبيض التي تعتبر من العمليات الخطرة جدا ولا تستعمل
الا في الاحوال التي فيها يكون الورم بسبب عظم حجمه وسرعة نموه وعظم
المكابدات الناشئة عنه مهدد الحياة المرضى قد فعلت بكثرة في العشرين

الاخيرة من كثير من الجراحين وفي الحقيقة وجدت نتائجها جيدة للغاية
 لاسيما عند اجراء تلك العملية من ايدى جراحين مقررين عليها ومجربين
 فيها فقد تحصل المعلم اسيفسرولس في خمسمائة عملية من اتصال المبيض على
 ثلاثمائة واثنين وسبعين انتهاء بالشفاء ومائة وعثمان وعشرين انتهاء بالموت
 (المبحث الثالث في التولدات المرضية الجديدة)

*(المضاعفة للمبيضين واورامهما الصلبة) *

قد ينشأ ورم كيمي لمحي يتكون جديد عظيم من اخلية متسوج ضام في المبيض
 صاحب نمو الالكياس وهذا الكيس اللحي يكون ورما يندران يصل الى
 عظم الاورام المذكورة في المبحث السابق

وفي احوال نادرة قد تتكون اورام ليفية بسيطة في المبيضين غير مضاعفة
 بتولدات متكبسة ومع ذلك فقد شوهدت ذات حجم عظيم وانى الان لمعالج
 لامرأة سنها نحو خمس وخمسين سنة مصابة بورم ليفي بحجمه كراس الطفل
 صلب مركب من عدة تعقدات كاثن في المبيض الايمن ويمكن ترزحه يمينا
 وشمالا ولغفه على محوره بسهولة

واكثر من ذلك حصول احوال المرطانات المبيضية ولا يكاد يشاهد من
 أشكال المرطان في المبيض الا التخاعي واما الاسكيروس والهلامي فادر
 وقد يكتسب مرطان المبيض بمضاعفته بتكون كيسى حجام عظيم ويكاد
 يمتدها اذا التكون الجديد الى اجزاء ممتدة من البريتون على الدوام وكل
 من الصلابة العظيمة للورم ذى التعديلات واختلاف سيره عن السير
 الاعتيادى للاكياس المبيضية قد يحكم به مع تفاوت في التأكيد على
 ان الورم ليس مجرد كيس في المبيض وفي غالب الاحوال يبقى التشخيص
 مبهما وقد تبسرنى في حالة استسقاء زقي عظيم شاهدها تشخيص
 مرطان بريتنوني ناشئ من المبيض قبل فصل البذل وظهور تعديلات
 ورم المبيض وذلك عقب رفض جميع اسباب الاستسقاء واعتبار
 قول المريض بوجود آلام في الجهة اليمنى السفلى من البطن والفخذ الايمن
 وتعديات دواليبية في أوردة هذا الطرف وما قبل في معالجة الاكياس
 المبيضية يقال في معالجة أورام المبيض المذكورة هنا وزيادة عن ذلك

فالاستسقاء الزلى هنا اذاره أكثر تغلما تقدم

الفصل الثانى فى امراض الرحم
(المبحث الاول فى الالتهاب الرحمى السستزى)
(والقروح النزلية للجزء المهبلى من الرحم)
* كيفية الظهور والاسباب *

الغشاء المخاطى الرحمى يكور فى مدة الحيض مجلسا الاحتقان شديد جدا بحيث يعترى اوعيته الممتلئة تمزق وقبل ان يصل الاحتقان الى هذه الدرجة وفى الزمن الذى ياخذ فيه فى التناقص يكور الاقرار المخاطى الرحمى متزايدا ومتغيرا وهذا الالتهاب النزلى الطبيعى يصير مرضيا متى استقر احتقان الغشاء المخاطى وتغير اقراره زيادة عن وقت الحيض الطبيعى او حصل فى زمن لم ينقذ فيه بيضة تامة النضج من المبيض اهنى فى زمن غير زمن الحيض ومتى اعتبرنا هذه الحالة سهول علينا توضيح كثرة حصول الالتهابات النزلية الرحمية اذ لا يوجد التهابات نزلية فى غشاء مخاطى آخر أكثر من هذا المرض سوى التزلات المعدية فان غشاء المخاطى لهذا العضو يكور مجلسا ايضا لاحتقانات فيسيولوجية

ثم ان الاستعداد ادلا لاصابة بالالتهاب الرحمى النزلى يختلف باختلاف اطوار الحياة فى سن الطفولة الذى فيه لا تحصل احتقانات دورية طبيعية فى الرحم بئدر هذا المرض ويكثر جدا فى سن البلوغ وفى زمن اليأس يتناقص هذا الاستعداد بالسكلية

ومن الاسباب المهمة للتزلات الرحمية الاحتقانات الاحتباسية لاهوية الرحم كالتى تحصل اما من امراض القلب والرئتين التى ينتج عنها هوق فى استفرار الدم ووجوهه الى القلب الايمن فان هوق استفرار الدم من الاوردة الرحمية يحدث شكل الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى فى هذا العضو فيشابه حينئذ الحالة السبانوزية والظواهر الاستسقاءية فى غير هذا العضو ومن الاعضاء وفى كثير من الاحوال يكور سبب هذا الالتهاب الرحمى النزلى الضغط الواقع بواسطة الاورام او بالمراد السقلية الصلبة المجمعة فى المستقيم او التعرج السينى وقد اشرنا فيما تقدم الى ما هو معلوم من ان بعض

المرضى الاتي اعتراهن تزلزلات رجمية قد يترك معالجته اطباهم ولو كانوا
 من المشاهير في معالجة امراض النساء ويسأس منهم لقلة التفاح فيقع في
 ايدي الدجالين او يباثرن استعمال حبوب موريسون ونحوها ولم تنكر ان
 مثل هاتيك المرضى قد يحصل عندهم راحة متفاوتة في المدة زيادة عما كن
 عليها باستعمال هذه الوسائط المسملة المقول بانهم اوسائط علاجية نوعية
 عمومية ومنها ان الالتهابات الرجمية التزلزية تدشأ عن التهيجات اللاواسطية
 المؤثرة على الرحم لاسيما التهيجات التي تؤثر على هذا العضو في حالة الاحتقان
 الصفي ولا يحصل الالتهاب الرجحي التزلي بسبب ولة عظيمة جسداني اثر مبعج
 على الرحم مدة الحيض والتهيجات الواصلة التي يكاد بها الرحم كالجماع
 المتكرر العنيف والمهراق او الاحتكاك بقضبان مناعية او حمل
 فرارج او نحو ذلك من المهيجات من هذا القبيل ومن هذا بعد ايضا
 التزلزلات الرجمية التي تضاعف امراضا آخر في هذا العضو كالالتهاب الرجحي
 الجوهري وقاتولادات الجديدة في هذا العضو يعتبر التهاب الرحم هنا
 مرضيا ومنها ان التزلزلات الرجمية تكون متعلقة بالامراض العامة فكثيرا
 ما يشاهد الالتهاب الرجحي التزلي الحاد في احوال التيفوس والهيضة
 والجدرى وغيرهما من الامراض التسممية العامة وكذا يشاهد الالتهاب
 الرجحي التزلي المزمع مصاحبا عادة للخلور وزوداء الحننازير والسل والارتباط
 السببي بين الاضطراب الغذائي الموضعي الرجحي وبين هذه الامراض غير
 واضح كما تقدم مرارا ومنها ان الالتهاب الرجحي التزلي قد يظهر ظهورا وبائيا
 تقريبا أي انه يكثر حصوله في بعض الازمنة بدون سبب معلوم ينسب اليه
 والظهور الواثي للالتهاب الرجحي التزلي لا يعني به الا التزلزلات الرجمية التي
 تحصل في بعض الازمنة بدون اسباب معلومة وحصولها يكون بكثرة عما
 يشاهد في أزمنة اخرى

• (العقبات التشريحية) •

يندر ان تشاهد التغيرات المرضية للالتهاب الرجحي التزلي الحاد في الجثة
 لكن هذه التغيرات لا تخالف التغيرات الاخرى التي تشاهد في احوال

لالتهابات النزلية لأغشية مخاطية أخرى فيوجد حينئذ احتقان وانتفاخ ورخاوة ولين في الغشاء المخاطي وتناقص في الإفراز المخاطي ابتداء ثم يتزايد بكثرة وفي الدور الأول يكون هذا الإفراز صافيا ومحتويا على قليل جدا من الاخلية ثم يصير مصفرا ومحتويا على أخلية بكثرة عظيمة

واما في احوال التهاب الرحم النزلي المزمن فيمكن ان الغشاء المخاطي كثيرا انتفاخا وفي حاله تضخامة ولونه أحمر مدمر أو سحبابي داكن والا فإفرازه لندي يخرج من تجويف الرحم يكون صديدا وكثيرا ما يكون مختلطا ببعض اشربة دموية واما الإفراز الذي يخرج من قناة عنقه فيكون لزجا متماسكا ومكونا لاسد دهلا مية وعند استقرار هذا التغير المرضي زمن اطول ولا يتغير منسوح الغشاء المخاطي فموضع الطبقة البشيرية الهدبية تطهر طبقة بشرية أخرى غير هدية ويزول بعض الاجربة وينتفخ بعضها على هيئة أكياس وفي كثير من الاحوال يكون السطح الظاهر من تجويف الرحم لاسيا جداره الخلفي متوقفا انقبضات سطحية سهلة الادماء وتولدات بوليبيوسية وكثيرا ما يبرز من فوهة الرحم المقددة جدا خصوصا عند وضع منظار رحمي واسع الغشاء المخاطي المنتفخ المنحني وكثيرا ما يشاهد في قناة عنق الرحم وفي محيط فوهته نحببات مستديرة في حجم حبة الدخن او البسلة مملئة بسائل شفاف وهي عبارة عن اجربة الجزء المهبطي المتعدد بسبب انسداد فوهتها واستمرار حصول الإفراز في ماطنها

وكذا يشاهد كثيرا في فوهة الرحم القروح النزلية التي توجد في أغشية أخرى في حالة الالتهابات النزلية تكون على شكلين اما على هيئة القروح المنتشرة النزلية اي التسلحات النزلية وكثيرا ما يوجد هذا الشكل في الشفة الخلفية لفوهة الرحم وتديم تد الى شفته المقدمة وفقد الجوهر هنا يكون سطويا جدا وذا شكل غير منتظم وقاع احمر مدمر مغطى غالبا بنضج صديدي واما على هيئة أخرى فيسمى بالقروح الجرابية وينتج عن تمزق وتقيح بعض الاجربة المفسدة وفقد الجوهر فيه يكون صغيرا مستديرا ولا ميل له الى الامتداد عرضا وهناك شكل اخر من القروح يصاحب بكثرة الالتهابات الرجية النزلية وهو قروح عنق الرحم الحميدية وتتميز عن التسلحات البسيطة التي

يظهر انها تنشأ عنها وتعرف بسطحها غير المنتظم الحبيبي الذي يذمى بسهولة عظيمة والصفة الرخوة للخصيات تمنع من اختلاط القروح الخصيبية بالسطحات البسيطة فان هذه الاخيرة متى كان مجلسها على سطح موشح بخصيات جارية متقاربة لبعضها وذات بروزات تكتسب هيئة حبيبية كذلك

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلي الشديد للرحم ذو السير الحاد نادر ما عدا الشكل الزهري منه وسنتكلم عليه فيما بعد وفي العادة يبتدئ هذا المرض باعراض الاحتقان الشديد نحو الاعضاء التناسلية الكائنة في الحوض وبالآلام مرقرة في القطن وفي قدمي الاربعين مع احساس بامتلاء وثقل في الحوض وبسر في التبول وبزحير أيضا غالبا وبالضغط على البطن الاسفل تتألم المريضة ولولم يحس عند اجلس بالرحم من خلال الجسد البطنية وفي أحوال هذا المرض الخفيفة لا تتكون هذه الظواهر مصحوبة باعراض حادة عادة وأما في أحواله الشديدة سيما التي تظهر عند الأشخاص ذوي الحساسية العظيمة فلا يندر أن تكون مصحوبة باعراض حادة ثم بعد مضي ثلاثة أيام أو أربعة تدرك المريضة خروج سيلان من أعضاء التناسل يكون في الابتداء شفافا وفيه بعض لزوجة ويحدث في ملابس المريضة بقعاً سحابية وفيما بعد يصير هذا السيلان غير شفاف قهيبا كثيرا أو قليلا ويترك في الملابس بقعا مصفرة وإذا وضع المنظار الرحمي في المهبل وهي واسطة مؤلمة جدا متى كان المهبل مشترك في الالتهاب مع الرحم وجد عنق الرحم متفصا ذا لون أحمر داكن وشاهدا أيضا خروج الافراز المذكور سائلا من فوهة الرحم وهذا السائل يكون ذا صفة قلوقة عكس الافراز المهبلية فانه يكون ذا صفة حمضية وفي غالب الاحوال تزول الآلام والحكة معا بعد مضي ثمانية أيام أو أربعة عشر يوما ويثاقص السيلان أيضا ويقصد هيئته القهية ثم يزول بالكلية وفي أحوال أخرى تعقب اعراض الالتهاب الرحمي النزلي الحاد باعراض الشكل المزمن منه

ثم ان الاحوال الاخيرة أي التي فيها يعقب الالتهاب الرحمي النزلي الحاد بالالتهاب الرحمي المزمن اندر من الاحوال التي فيها تحصل

الظواهر الخاصة بالالتهاب الرحمي المزمن ابتداء وفي مثل هذه الاحوال يكاد ابتداء المرض لا يكون واضحا حتى يتأكد من معرفة فان المرضى عادة لا تلتفتن الثقات ناكلي للسيلان الذي يكون مدة طويلة من الزمن هو العرض الوحيد لهذا المرض مادام هذا السيلان غير غزير بحيث لو سئل من ابتداءه لكدن أن يجيبن على الدوام بجواب غير قطعي وكية السيلان المنفرز كل يوم تختلف اختلافا عظيما فتارة تكون قليلة وتارة غزيرة بحيث تلجئ المريضة لتغير الملابس يوميا ووضع مناديل منشفية جله ثيابات مدة الليل ويستدل من ككون السيلان متعلقا بنزلة رحمية بخروج سدود مخاطية زجاجية اللون زمنافز مناضا وكانت البقع المتخلعة عن الافراز في الملابس شجاية جافة واما السيلان الصديدي الذي يختلف بقعا مصفرة فلا يمكن معرفة كونه آتيا من الرحم او المهبل وكما اثر الافرازات ثيراه بها على السطح الباطن من الفخذين قوى الظن بان جزءا منه لا قل آت من المهبل وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض لا يندرا احتباس هذا السائل في تجويف الرحم بسبب انتفاخ ثيابات الغشاء المخاطي والسدد المخاطية السادة لعنق الرحم وحينئذ يمتلئ تجويف الرحم ويتمدد وفي مثل هذه الاحوال تحصل أحيانا انقباضات مؤلمة في الرحم كالام الطلق تعرف بالمغص الرحمي وكما استطالت مدة الالتهاب الرحمي التزلي وتقدم تغير الغشاء المخاطي عن حالته الطبيعية كلما كثرت مشاهدة اصطحاب الاحتقان الفسيولوجي للرحم الذي يطرأ مدة الحيض بظواهر مرضية واضكرها المكابدات الشديدة التي تطرأ قبل الحيض والالام التي تحصل في أثناءه أعني عصر الحيض وفي احوال أخرى قد يحصل قلة دموى من الرحم وفي غيرها يتناقص أو يفقد بالكلية واما الحمل فلا يمنع دائما والتجارب التي تثبت حمل بعض المصابات بالتهابات رحمية شديدة مستعصية جدا تدل على ان التزلة الرحمية في حد ذاتها لا تمنع الحمل بل الذي يمنعه هو امتدادها الى البوقين وانسدادهما بالتحصل المرضي للغشاء المخاطي هو السبب الرئيس لعدم الحمل حينئذ لا مانع من حمل المصابات بالالتهاب الرحمي التزلي المزمن الا انهن يكن عرضة للاجهاض والوضع الغير اري

المر كزى للشبهة وقد نظر وبث ان كلام الوصع الغابر للشبهة والعقر عند
 المصابات بما ذكر هو صعوبة تثبث البيضة بالغشاء المخاطي في
 الحالة الاولى لا تثبت البيضة عند فوهة البوق بل في محل غابر من الرحم
 وفي الثانية لا تهجز عند الفوهة الباطنة من عنق الرحم بل تسقط منه
 وتفسد ويتكون العنيدات الشفافة المعروفة بعنيدات نابوت الناتجة عن غزو
 أجربة الرحم والقروح التزلية والجرارية في فوهة الرحم لا تتنوع اعراض
 الالتهابات الرجمية التزلية تنوعا عظيما واما القروح الحبيبية التي تحصل
 أحيانا في هذا الموضع فكثيرا ما تكون سببا للاحساسات المؤلمة وسهولة
 التزيف عند الجماع وتؤدي بسهولة لحصول الاضطرابات العصبية التي
 سنذكرها فيما بعد وتأثير التزلات الرجمية المزمنة في الصحة العامة يختلف
 اختلافا عظيما فبعض النساء يتحملن هذا المرض ولو شديدا مدة مستطيلة مع
 بقية صحتهم العامة وقوتهم وهيتهم الجيدة وهناك من يحصل لهم تخافة
 بسرعة فتتخط قواهم ويصير لون جلدهم باهتا ومهضا وتضبط أعينهم
 بهالة مزرقة وكثيرا ما تشاهد الاضطرابات العصبية العامة المختلفة
 عند المصابات بالتهابات رجمية مزمنة وينشأ ذلك اما عن حالة الانبعاث
 الموجودة فيهن او عن تهيج الغريعات العصبية الرجمية وامتداد هذا التهيج
 المرضي الى اعصاب أخرى بطريقة انعكاسية واهم سبب هذه الاضطرابات
 مشاهدة هو الثوران العصبي العام وكذلك الآلام والتشنجات العصبية
 أو الاستريا الواضحة (راجع بحث الاستريا) ويعتمد التقديرات العظيمة
 للطب الوقوف على كثرة الارتباط بين هذه الظواهر العصبية الاستيرية
 والتزلات الرجمية ونشيرها من امراض الرحم واثبات ذلك بالملاحظات
 اللاواسطية ومعالجتها معالجة لا ثقة لكن قد صار الوقوع في خطأ مضاد
 لذلك في هذا العصر وذلك لانه اعتبرت كل استريا متعلقة بمرض في الرحم
 بلا تبصر في حقيقة الامر وضرب صفعا عن باقي اسباب الاستريا فانه لا شك
 انه من منذ ما اتجهت الافكار في هذا المرض نحو الجزء المهبلي من الرحم
 وكادت تترك معالجة الاستريا من العوام والاطباء الى الاطباء المختصين
 بامراض النساء شفي كثير من المصابات بالاستريا وكانت تبقى سابقا

بلاشفاء لصكس من جهة أخرى كثير اما لا يبرأ من الآن وكان في الازمنة
السابقة يحصل على فائدة من الاطباء ولذا كان من الواجب على كل طبيب
الاشتغال بامراض النساء ولو بدرجة ما و يمارس حق الممارسة استعمال
النظار الرجى فان لم يجز الطبيب المعالجة الموضعية بنفسه ساغ له ان يتركها
لطبيب خاص بامراض النساء لكن يحفظ لنفسه الحكم بان كان يلزم اجراء
هذه المعالجة الموضعية ام لا والفضل للاطباء المخصوصين بهذا الفن
في زوال امنناع النساء بالنسبة لاستعمال المنظار تفريرا فانه في الطبقة
العليا من العائلات يعلم كل من الزوجين بانه لا بد من استعمال المنظار عند
وجود السيلان الابيض بل وفي العائلات الوسطى لا يجد الطبيب ذو الامنية
ادنى عائق عند ما يؤكّد بان البحث بالمظار واجب ولذا لا يثني الطبيب في
مثل هذه الاحوال ترك البحث به لئلا له اذبه يمكن الوقوف بالدقة على
ينبوع السيلان ومعرفة أغلب تغيرات فوهة الرحم التي تحدثها فيها
تقدم واما البحث بالاصبع فلا يكفي الا في معرفة وجود انتفاخ الجزء المهبل
من الرحم الذي كثيرا ما يصاحب التزلات الرجمية وفي وجود العنيمات
النسبوتية وسير الالتهاب الرجى التزلى من من غالباً اذ كثير اما بمدة عدة
سنين ويقاوم المعالجات الجيدة ومن نتائجها التهابات الرجمية الجوهرية
المزمنة او تقوسات الرحم وانسداد قناة عنقه وسيأتى ذلك موضعاً في
مبحثه على حدة

* (المعالجة) *

اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية في هذا المرض من أهم الامور فانا وان
اعترفنا بتقدمات الاطباء المحدثين المختصين بمعالجة امراض النساء
وانصحت لنا تساهل معالجتهم في التزلات الرجمية وتفضيلها عن تساهل
الطرق العلاجية القديمة لا يخلو ولا بد البعض منها من توجه الاعتراض عليه
وذلك لانهم يلتفتون كل الالتفات لاتمام ما تستدعيه معالجة المرض نفسه
بدون الالتفات الى ما تستدعيه المعالجة السببية له فالدلالة السببية
في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب الرجى التزلى ظاهرة متعلقة باحتقان
دموى ويريد احتباسى كالناتج عن امراض القلب والرئة لا يمكن اتمامها

غالباً وفي الاحوال السليمة يكون فيها احتقان الرحم ناتجاً عن امساك
 مستعص اعتيادي تكون معالجة هذا المرض على حسب القواعد المذكورة
 في مجلدنا في معالجة هذا المرض في معالجة الموضعية للرحم إلا بعد التأكيد
 من ان ازالة الامساك الاعتيادي بانفراد ليس كافياً في الشفاء في مثل هذه
 الاحوال وكثير ما يوصى بعد المعالجة الموضعية القوية للنزلات الرحمية بمعالجة
 تابعة بواسطة تعاطي المياه المعدنية المسهلة وغير هام من المسهلات اللطيفة
 وتكون هذه الأخيرة أكثر نجاحاً من المعالجة الموضعية وذلك لانها تترتب عليها
 ازالة سبب هذا المرض وكذا من المعلوم انه ينبغي ازالة أو تجنب جميع المؤثرات
 المضرة المهيضة للرحم أو الحافظة لتجهجه ومن هذا القبيل استئصال
 التوليدات الغير ربيبة المتكونة فيه ومعالجة بعض الامراض العضوية الأخرى
 الناتجة عنها كالتهاب الرحمي النزلي المزمن وأما النزلات الرحمية المتعلقة
 بتغيرات بنية عمومية كالانيميا والخلو ووزن غير ذلك فينبغي قبل معالجتها
 الالتفات الى حالة البنية العامة فتستعمل مثلاً الاسهصاصات الحديدية
 والسكنية والاعذية المقوية وتعاطي التبييض بقدر مناسب في الاحوال
 التي تكون فيها هذه الالتهابات ناتجة عن الانيميا والخلو ووزن وكذا
 النجاس الذي يحصل احياناً من الحمامات الباردة والبحرية والمعدنية
 والظولات الباردة وتوسع حالة المرضي وتغذيتها ومعيشتها في احوال
 النزلات الرحمية المزمنة بعد ايضا من دلالات المعالجة السببية المؤثرة على
 عموم البنية

وأما معالجة المرض نفسه فان الدلالات العلاجية في احوال الالتهاب
 الرحمي النزلي سهل انما هو أكثر من غيره من الالتهابات النزلية لاغشية
 مخاطية أخرى يعسر الوصول اليها وكثيراً ما ذكرنا عدم منفعلة الوسائط
 العلاجية المستعملة من الباطن المقول عنها انها مضادة للالتهابات النزلية
 فاعني معالجة الالتهابات الرحمية النزلية لا حاجة لها بالسكنية ولذا ان ملح
 الدوشادر الذي لم يزل يزعم كثير من الاطباء انه جيد التأثير في النزلات
 الشعبية والمعدنية والمعووية ليس له أدنى استعمال في النزلات الرحمية فانه
 يوجد عندنا وسائط أكيدة جيدة في هذا المرض ومن زعم بانى اقول ان

المعالجة الموضعية لالتهابات الرحمية النزلية غير ضرورية وإنى أحط بقدر
 تسليحها فقد أخطأ وإنما اردت فيما تقدم أن أشير الى أنه لا ينبغي التمسك
 بأحدى الدلالات العلاجية وإهمال الأخرى ففي جميع الأحوال التي فيها
 لا يمكن معرفة سبب النزلات الرحمية وهي الكثير الغالب ينبغي فعل معالجة
 موضعية وكذا تستعمل هذه المعالجة في جميع أحوال النزلات الرحمية والتي
 استقر فيها هذا المرض زمنًا طويلاً على الخصوص المضاعفة بقروح سيما
 الحبيبية مع ملاحظة الوسائط العلاجية الموجهة نحو سبب هذا المرض
 كما ذكرنا ومن الوسائط العلاجية الموضعية نذكر ابتداء الحقن في المهبل
 وفي الزمن المتقدم من هذا العصر كانت هذه الوسطة هي الوحيدة المستعملة
 في أحوال السيلان الأبيض للنساء سواء كان آتيا من الرحم أو المهبل وهذه
 الوسطة وإن كانت مساعدة في المعالجة وأقل ما هناك في النظافة فلا تكفي
 في شفاء هذا المرض مثل الطرق الآتية ويكون الحقن في النزلات الرحمية
 الحادة بالماء الفاتر أو المغليات المليئة الفاترة وفي النزلات المزمنة يحقن
 ابتداء بالماء الفاتر ثم بالماء المنخفض درجة حرارته شيئاً فشيئاً أو بمحلول سلفات
 الحار صين أو التينين أو الشب والاجود هنا استعمال الحقنة ذات الطلومية
 لا البسيطة ذات الخرطوم المر المثقب وذلك لأجل إدخال كمية عظيمة من
 السائل بدون احتياج لخروج خرطوم الطلومية وإدخاله في المهبل مراراً
 وتبيح المهبل وعسق الرحم بلا فائدة ويوصى أيضاً في أحوال التهاب
 الرحمي النزلي الحاد بارسال العلق على فوهة هذا العضو سيما إذا كانت
 النزلات شديدة جداً وكذلك تستعمل هذه الوسطة في التهابات النزلية
 المزمنة للرحم عندما امتداد التهاب الى جوفه أو متى حصل توران في
 المرض محبوب باحتقان شديد نحو أعضاء الحوض وكذلك قد أوصى المعلم
 اسكنسوني بارسال العلق أيضاً في الأحوال التي توجد فيها قروح حبيبية في
 فوهة هذا العضو ويوضع أماًيد الطبيب أوقالة متعودة على فعل هذه
 العملية مع جزم الطبيب بعمرتها وعلى كل فالاطباء المختصون بأمراض
 النساء قد رجعو عن الاكثار من ارسال العلق على فوهة الرحم في
 معالجة التهابات الرحمية المصحوبة بقروح عكس ما كان يحصل من

الاقراط في الاستعمال سابقا والواسطة القوية في معالجة الالتئامات
 الرحيمة النزلية المزمنة سيما المعهودة بتسلخات نزلية او قروح جارية في الجزء
 المهبل من الرحم هو من فوهة الرحم او قناسة عنقه بمجر جهنم او بمحلول
 من كزمنه ولاجل تجنب قصف قلم الجرجر الجهنمي في قناسة عنق الرحم
 يستعمل ما كان محمي منه مرتين على النار او المضاف اليه بعض قطرات
 من ملح البارود لاجل تصلبه فالقلم المعنوع بهذه المثابة يمكن ادخاله في
 قناسة عنق الرحم بدون خوف وان حصل نزيف عند ذلك بالجرجر الجهنمي
 الصلب او بعده وذلك كثير الوقوع حتى في القروح البسيطة ينسبني
 استعمال محلول من كزمن هذا الجوهر (جزء منه على جزئين أو أربعة من
 الماء المقطر) والافضل من صب هذا السائل في منظار من الجزء المريض به
 بفرشة ناعمة وهذه العملية ينبغي تكرارها كل أربعة أيام أو ثمانية الى أن
 يتناقص السيلان ويكتسب الجزء المهبل من الرحم هيئته الطبيعية والمعالجة
 بهذه الطريقة في احوال النزلات المزمنة للرحم ذات نجاح عظيم جدا بحيث
 ان من فوهة الرحم وقناسة عنقه في احوال التهاباته النزلية المزمنة بالجرجر
 الجهنمي او محلوله المركب بعد من التقدمات العظيمة المستعدة للطب
 العملي والام الذي ينتج عن كى فوهة الرحم بهذا الجوهر ليس عظيما
 في اكثر الاحوال ولما بعضها يكون شديدا للغاية فقد ينشأ عن ادخال
 قلم الجرجر الجهنمي في قناسة عنق الرحم دخولا غائرا اتقباضات مؤلمة
 في الرحم تستمر جملة ساعات وزيادة عن استعمال الجرجر الجهنمي في
 التسلخات النزلية لفوهة الرحم وقروحها الجارية تستعمل جواهر أخرى
 كحمض الخليك ومحلول تتران الزئبق وكمبريتات الالومين (اعني الجرجر
 الالهى) ومحلول فوق كاو رور الحديد فاما حمض الخليك فيفضل استعماله
 في قروح فوهة الرحم التي لها ميل عظيم الى التزيف واما محلول تتران
 الزئبق والجرجر الالهى خصوصا فيستعمل كل منهما في الاحوال التي فيها
 لم يجد استعمال الجرجر الجهنمي نفعا ومن الوسائط الكبيرة النفع جدا في
 مثل هذه الاحوال الحديد النحى لكن عدم كثرة استعماله مبنى على انزعاج
 المرضى منه وتأثيره المفرع لآلامه ولاعن خطريته فيهم فيه

والقروح الجبينية السهلة الادماء لهوفة الرحم يستعمل في معالجتها مع
 الفصاح العظيم صبب حمض الخليك في المنظار فانه واسطة قوية الفصاح
 اذ بذلك يقف التزيف في كثير من الاحوال وذلك أ كدم استعمال فوق
 كلورور الحديد والشب الذين يفضل استعمالهما على الحالة الطبيعية
 لا المحالولة في الماء وفي بعض الاحوال المستعصية أعني التي لا تثمر فيها
 الطرق السابق ذكرها والتي يظن فيها وجود تقير من ضي في تجويف
 الرحم نفسه يلجأ للحقن في تجويف هذا العضو والمستعمل في ذلك عادة
 محلول نترات الفضة (من خمسة دمي جرام على ثلاثين جراما من الماء المقطر
 أعني من نصف جرام منه على أوقية من الماء) والحقن بهذه الكيفية أقوى
 وأشده من من فوهة الرحم بالخر الجهنمي وعند وجود الاستعداد للتزيف
 الرحي بسبب ضخامة الغشاء المخاطي الرحي يحقن أيضا بمحلول فوق كلورور
 الحديد أو صبغة اليود أو محلول الشب أو التنين أو حمض الكربوليك كما
 أوصي به بعضهم وهذا الحقن يقطع النظر عن امكان نفوذ السائل من
 البوقين الى تجويف البطن قد يعقبه احداث مغص رحي شديد بل التهاب
 رحي حاد أو رحي دائري ينتهي بالموت احيانا ولذا ان اجراء الحقن في باطن
 الرحم يستدعي احتراسات عظيمة جدا بمعنى انه يحقن بواسطة قساطير مرننة
 أو بواسطة محقنة برون وهو الاجود أو بحس مزدوج بكمية واهية جدا
 وبدون ادنى قوة في تجويف الرحم بعد توصيع عنقه بواسطة قطع اسفنجة
 مجهزة مضغوطة حتى يمكن التأكد من رجوع السائل بسهولة ولا يفعل هذا
 الحقن مادام الرحم ذا حساسية عند الضغط أو كان موجودا مع المريضة
 التهاب رحي جوهري أو مضاعفة أخرى

(المبحث الثاني في الالتهاب الرحي الجوهري)

(أو التهاب الرحم الحاد والمزمن)

(كيفية الظهور والاسباب) *

التغيرات التي يكادها منسوج الرحم في أحوال التهاب الجوهري الحاد
 والمزمن تكاد أن تكون قاصرة دائما على الاحتقان الشديد والوذما
 الالتهابية وغث وضخامة الاليف الخلوية لجوهر هذا العضو غوا

لا تشترك فيه أليافه العضلية الا قليلا ولا تشترك فيه بالسكية وأما تقيده
أو تكون خواجات فيه فيكاد أن لا يحصل ذلك بالسكية بقطع النظر عن
الشكل النفاسي الذي لا تعرض له هنا

وأما ما يخص أسباب الالتهاب الرحى الجوهرى فجميعه على ما قيل في
أسباب الالتهاب الرحى التزلى فان المؤثرات المرضية التى ذكرت هناك
تحدث تارة التهاامى جوهر الرحم وتارة فى غشائه المخاطى واكثر من ذلك
حصولا لكونها تحدث الالتهاب فيها معا وكذا يسهل احداثها للالتهاب
الرحى الجوهرى متى أثرت على الرحم مدة كون هذا العضو فى حالة احتقان
فسيولوجى ولئذ كراحيبا ان الالتهاب الرحى الجوهرى للرحم الحالى عن
الحمل نتيجة امتداد الالتهاب الرحى النفاسى او بالاقل كثيرا ما يتبدى هذا
الالتهاب عقب الوضع أو السقط

* (الصفات التشريحية) *

فى أحوال الالتهاب الرحى الجوهرى الحاد يوجد الرحم متزايد انحصوصا
فى سمكه فقد يصل الى حجم بيضة الدجاجة أو أزيد وجوهره يظهر بسبب
الامتلاء الوعائى داسكنا كثيرا أو قليلا وغالبا ذالون أحر غير مستو
والتغيرات المد كورة تكون فى الطبقات القرية من الغشاء المخاطى
اكثر وضوحا وأحيانا توجد انسكابات دموية متفاوتة العظم فى جوهر الرحم
وأما الغشاء المخاطى نفسه فيكاد يظهر دائما العلامات الخاصة بالالتهاب
التزلى وكذا المصلحة لهذا العضو كثيرا ما تشترك فى الالتهاب فتكون
مغطاة بترابيات ليفية وفى الالتهاب الرحى الجوهرى المزمن يتجاوز هذا
العضو حجمه الطبيعى مرتين أو ثلاثة والقطر المستطيل لتجويفه يكون
متزايدا وجدره قد تبلغ فى السماكة قيراطا والاحتقان الوعائى الجوهرى
الذى يوجد فى الابتداء يزول فيما بعد بسبب الضغط الواقع على الاوعية
الشعرية من المنسوج الخلوى المنكش المتكون جديدا وحينئذ يظهر منسوج
هذا العضو باهتا جافا يابساسميكابدرجة عظيمة جدا غالبا بحيث يدمع عند
شفقه صرير وتوجد فى بعض الاصفار دوات وردية دالية وإذا كان الجزء
المهبلى هو المصاب بكثرة فان شففى فوهة الرحم تكونان منفعتين

ومدة سددتين تمددا عظيما أحيانا على هيئة الخرطوم والغشاء المخاطي
يكون على الدوام مجلسا للتغيرات التي ذكرناها في المبحث السابق
وأما الطبقة البريتونية فكثيرا ما توجد ملتصقة بالأغشاء المجاورة
التصاقا متينا

* (الاعراض والسير) *

الالتهاب الرحمي الجوهري الحاد كثير ا ما يتبدى بنوبة قشعريرة كالالتهاب
الرحمي الترنبي ويصطب مدة سيره باعراض حية مثله ولذا توجد في هذا
المرض الآلام القطنية والاربية والاحساس باثمة في الحوض وشدة
حساسية القسم السفلي من البطن وتعسر البول والزحير كما يوجد أيضا
في الالتهاب الرحمي الترنبي لكن في شكل هذا الالتهاب تكاد تصل الى
درجة عظيمة دائما ويندر أن يحس بالرحم في هذا المرض أعلى من الارتفاق
العاني لكن بالجلس من المهبل يتحقق من عظم حجم هذا العضو وشدة
حساسية جزئه السفلي وقصر جزئه المهبلي وتنبسه وينضم لهذه الاعراض
اضطرابات عظيمة في الحيض فاذا ابتدأ المرض مدة سيلان الحيض وهو
الغالب شوه هذا انقطاع الدم دفعة واحدة وأما اذا حصل الحيض مدة سير هذا
المرض شوه هذا ما حصل نزيف رحمي (المعروف بالالتهاب الرحمي الترنبي)
أو شوه وهو الغالب عدم حصول التزيف بالكلية وفي غير زمن الحيض
يوجد السيلان الواصف للالتهاب الرحمي الترنبي فانه يصاحب على الدوام
الالتهاب الذي نحن بصدده وفي الاحوال الجيدة يقطع هذا المرض سيره في
مدة اسبوع أو اسبوعين وينتهي بالشفاء التام عقب الانحطاط التدريجي
لقواهره المرضية وأما في الاحوال التي ليست حميدة فيقتل فيها المرض
من الحالة الحادة الى المزمنة وأما انتهائه بتكو بن خراج في الرحم ينتفخ
في تجويف البطن وحصول الموت فهو نادر جدا

وأما أعراض الالتهاب الرحمي الجوهري المزمن فانها لا تكون في الغالب
واضحة ما عدا من الحبيض وتشكى المرضى يكون في الغالب فاصرا على
الاحساس بثقل في الحوض وانحطاط نفخ الاسفل وينتج من الضغط الواقع
من الرحم المنتفخ على المستقيم والمثانة امساك غالبا وتطلب متكرره مؤلم

للتبرز والتبول وفي ابتداء هذا المرض يسيل الطمث بغزارة مدة طويلة
 لكن متى حصل الضغط على أوعية الرحم بسبب المنسوج الخلو المتكون
 جديداً تكابد المريضة مشاق شديدة في زمن الحيض ويتناقص الطمث شيئاً
 فشيئاً وكثيراً ما ينقطع الحيض فيما بعد مدة أشهر بل سنين فالمريضة تكابد
 آلاماً شديدة تتردد في أزمنة منتظمة موافقة لزمن الحيض وهذا يدل على
 استقرار نضج البويضات وانفصالها وكذا في هذا الشكل من الالتهاب الرحمي
 الذي يكون مصحوباً بأعراض على الدوام بالالتهاب الرحمي المتزلي تضطرب
 تغذية المريضة عادة اضطراباً عظيماً وتشاهد الثورات والاضطرابات
 العصبية المذمومة في المبحث السابق وبالمبحث الطبيعى كثيراً ما يحس
 بالرحم المتمدداً على العانة من خلال الجدر البطنية وكذا بالجس من المهبل
 يحس بالتفاخ الجزء الرحمي المهبلي وتبيسه وفي قبة المهبل يحس أيضاً بالجزء
 السفلى من الرحم المتألم كثيراً أو قليلاً وإذا أدخل الجس الرحمي في
 قهوف الرحم وجد قطره المستطيل متزايد الكثرة في هذا المبحث ينبغي
 اجراؤه مع غاية الاحتراس من طيبب مقرون وهذا المرض وإن كان ليس
 خطراً إلا أنه قد يستتبع من العلاج ويزمن لسكر لا ينبغي اعتباره عضالاً
 أى غير قابل للشفاء مهما استطالت مدته ووصل لدوره الأخير فإن ما يحصل
 بعد الولادة من صغر الرحم وزوال منه وجاته الجديدة المتكونين التي
 تتكون مدة الحمل بثبت ولا بدانه من الجائز أيضاً زوال الالسايف الجديدة
 التي تتكون مدة هذا المرض تكوناً مرضياً فكثيراً ما برئت التهابات
 من هذا القبيل سيما عقب الولادة وحينئذ يظهر أن زوال المنسوجات
 الجديدة المرضية وضمورها يتم مع زوال وضمور المنسوجات العصبية الجديدة
 التكوينية أيضاً

(المعالجة)

انما ما تستدعيه المعالجة السببية بواسطة تبعيد جميع المؤثرات السابق
 ذكرها التي تحدث احتقاناً في الرحم أو تضاعفاً على حوله أمر ضرورى
 لنجاح المعالجة فإن تبعيد جميع المنبهات لدورية بواسطة المساق الجهمية
 والمثرويات المنبهة والمطهومات العسرة الهضم من أهم الامور وكذا ينبغي

منع الشهوات التناسلية أو بالاعتناء بها وعلى المريضة استعمال الرياضة
اللطيفة عند جودها لاهوية لا الحركات العنيفة بشرط أن لا تحدث حرركات
الرياضة احساسا متعبا والمما في الحالة الأخيرة تفضل الراحة المستطيلة
ولو مع اعتدال الجو

وأما التهاب الرحم الجوهري الحاد أو ثوران الشكل المزمن ثورا ناظفيا
فيستدعي الراحة التامة في الفراش مع الاستلقاء على الظهر مع رفع الحوض
وعند وجود ترديد عظيم في حساسية البطن السفلى الدال على وجود
مضاعفة برتونية يؤمر بإرسال العلق على البطن واستعمال الوضعيات
الباردة وفي الأحوال الاعتيادية التي فيها يكون التهاب قاصر على الرحم
نستعمل الاستقرافات الدموية الموضعية على القسم المهبطي من الرحم
لأجل أحداث استفراغ لا واسطة في العضو المتهب ما لم تنسعه من ذلك حالة
البكارة وإرسال العلق الذي كان يستعمل بكثرة يفضل عليه الآن الأطباء
المختصون بأعراض التشنج في الجزء المهبطي من الرحم والتشريب
الصغيرة في غشاء هذا الجزء المخاطي تفعل بواسطة آلة المعلم ما بر وهي
عبارة عن مشروط صغير ذي حافة قاطعة مستديرة ويد طوله هذه الآلة
ذات الطرف الشبيه بأطراف الريشة يخدم لتشريب الغشاء المخاطي ويزغ
الأجرة بالمنشفة ووجهه أفضلية ما ذكر عن العلق هو عدم التألم منه بالكلية
تقريبا وإن استفراغ كمية الدم به يكون بحسب الاقتضاء بأن تفعل مشروط
صغيرة أو غائرة - كما وإن المعلم ضرور داعتراض على إرسال العلق بكون من
نلك الحيوانات ينتج عنه تهيج به يحصل توارد دموي نحو الجزء الذي صار
خاليا من الدم وتبعالوصا بهذا الطبيب ينبغي إجراء استفراغ الدم بواسطة
التشريط مرارا (بل وعند تناقل هذا المرض الدوري ينبغي إجراء التشريط
كل ثلاثة أيام أو أربعة) وحينئذ فلا ينبغي الاستفراغ قليل من الدم جدًا
(فيكون بقدر نصف أوقية كل مرة) وإنما إذا كانت المريضة دموية المزاج
وكان الرحم محتقنا جدًا فلا مانع أن تكون كمية الدم أوقية) وقد حذر هذا
الطبيب من استعمال رش عنق الرحم بالماء البارد فانه يهيج التسبب ويدوا
نكأن به فيه تضايق وفي الأوعية الشعرية لأنه يعقب بمرارة باسترخاء

فيم ينتج عنه امتلاء دموى عظيم يجمع من ثمرة الاستفراغ الدموى الموضعى ولا يمنع ~~كل~~ من الانبعاث العامة ولا الحيض الغزير من استعمال هذا الاستفراغ بل ان هذا الاخير باستعمال استفراغ الدم من الرحم قد يتماقص تناقصا عظيما والتأثير الجيّد للتشريط تتضح ثمرته من تلطّف مكابذات المريضة ومن تناقص حجم الرحم وحساسيته وأما تراكم المواد السطوية فى المسمى التى تهيج الرحم وتساعد على احتقائه فينبغى ازالتها بالمينيات اللطيفة كعصارة بعض الاثمار والمن وجرة وبنه ونحو ذلك

وفى اثناء دور انقطاع الالتهاب وتناقص تهيج التهاب الرحم توجه المعالجة نحو تنبيه الامتصاص فى الرحم المتكاثف وايقاظه لاجل تنقيص حجمه ورجوعه لحالته الطبيعية وعلى حسب تزايد درجة حساسية الرحم أو وضعها واحوال المريضة البنية ينبغى انقباض الطريقة العلاجية خفيفة كانت او شديدة وأهم الطرق العلاجية فى ذلك المعالجة بالاستحمام أو شرب المياه المعدنية وفى الغالب يستعملان معا فعند وجود ازدياد فى الحساسية الموضعية وفى النساء العصبيات الشديداً التنبيه يفضل وضعيات بريسنس والحمامات الجلوسية الفاترة لا الحمامات العمومية الفاترة مع استعمال مياه يناسب لمس ونحوها وفى النساء اللاتى فيهن التهاب الرحم الجوهري يكون ضعيفاً بدون تهيج الالتهاب يحتاج للمعالجة المنبهة لاسيما الحمامات القلوية وحمامات المياه الامية فانها اقوى الوسائط فى تقوية الامتصاص لاسيما مياه كريتسناخ وكينجر ونحو ذلك وفى مثل هذه الاحوال يستعمل أيضا التشلل الجاف على الرحم لكن مع الاحتراس حتى لا ينتج عنه زيادة فى التهيج وايقاظ التهاب جديد واما المعالجة لشرب المياه المعدنية فعند غير الانبيات من النساء تستعمل الينابيع المحتوية على اليود مثل كريتسناخ وماهليز ونحو ذلك واما النساء الجيّدات التغذية اللاتى اعترهن اسساك أو احتقانات احتباسية فيستعملن شرب مياه كينجر وجود مى أو مريز باداً ونحو ذلك وعند النساء الانبيات الضعفاء تستعمل مياه الينابيع الحديدية كما فرنسا جادوليلو ولسو بل ومياه شوال باخو بيرمود ودربورغ من المياه الحديدية القوية وفى الاحوال

المستعصية جداً قد يحدث استئصال الجزء المهبل من الرحم سيما ان كان
ممدداً يابساً تناسقاً عظيماً في هذا العضو وقد أثبت برون ان هذا النقص
يعقب استئصالاً قهصية شبيهة بالاستئصال النفاسية وأما ما يخص هذه العملية
التي تفعل أحياناً بالنقص أو المشرط أو الكاوي الجلواني فهذا من خصوص
كتب الجراحة أو كتب أمراض النساء

(المبحث الثالث في الالتهاب الرحمي الدائري)

فحصل الالتهابات في محيط الرحم بكثرة في أثناء النفاس وكذلك لا يندر
حصولها خارجاً عن هذا الوقت فان كان منشأ الالتهاب من الطبقة المصلية
المقدمة للرحم أو الاعضاء المتعلقة به وكان على شكل الالتهاب البريتوني
الجزئي الحوضي سمي ذلك بالالتهاب الرحمي الدائري أو المحيط وأما ان كان
محيطاً للرحم في النسيج الخلوي تحت بريتون الحوض حول الرحم أو
الاجزاء العليا من المهبل أو بين الاربطة العريضة فيسمى ذلك بالغلغومي
الرحم

والالتهاب الرحمي الدائري يؤدي لتكون نضج متفاوت على السطح السائب
من البريتون وبواسطة هذا النضج القليل الكمية الكثير الليفية تنشأ
التصاقات بين الرحم والاعضاء المجاورة له وكذلك النضج المائع الغزير يكون
عادة محدوداً بواسطة التصاقات دائرية وبعد امتصاص النضج الالتهابي
كثيراً ما يبقى التصاق بين أعضاء الحوض وأما في الالتهاب الرحمي الغلغومي
فيحصل نضج في المنسوج الخلوي تحت البريتون يكون من الابتداء صلباً
باساً وقديماً من هذا النضج لكر كثره يختلف في تنوع المنسوج الخلوي
وتنوع ندي تاي وفي احوال اخرى قد ينتهي الالتهاب وينسكب مضمضه
ام في المستقيم أو المهبل أو المثانة أو تجويف البطن

ثم ان كلامنا عن الالتهاب الرحمي الدائري والغلغومي اللذين يعسر تمييزهما
عن بعضهما في أثناء الحياة يبتدى ويسيران ظواهر رجعية محسوسة أو مدركة
فتتشكى المريضة بالام في الجزء الخاثر من الحوض يزداد بالكلية عند
الضغط على الجزء الاسفل من البطن وينضم لذلك ظواهر انضغاط
في الاعضاء الحوضية كالمثانة والمستقيم والاعصاب والعضلات المارة على

حذر الخوض فيه بالتجارب بشاؤكل من وجود الزحير البولي الشديد وقد
 اوهس التبرز والالام على مسير الاعصاب العجزية او القطنية او المغذية
 وتشمعها يتعلق في كل حالة راهنة يجلس الورم والنضج الالتهابي وعند
 البحث الطبيعى يوجد في الاحوال التى يكون النضج فيها عظيما اعلى من
 الفرع المستعرض للعانة ورم متفاوت في الحجم والبحث من المهلل والمستقيم
 ينضج منه اندفاع الرحم الى الجهة المقابلة واختناقه واختناقه عظيما
 والنضج داخل البريتون يملأ المسافة الدوجلاسية عادة ويسهل العثور
 عليها والارتشاح اسفل البريتون والخراجات تكون عالية الوضع عادة ومع
 ذلك فيمكن العثور عليها غالبا بالاصبع عند الجلس وهذا المرض يمكن أن
 يمتد لجملة اسابيع فيهلك المرضى فهو حكة عظيمة بالحي المصاحبة وانفتاح
 الخراج اسفل البريتون او النضج داخل البريتون في المي أو المثانة يتصف
 بصغر فجائى في الورم وبخروج واستفراغ مواد قيحية امامع البراز والبول
 وأما افتتاحه في تجويف البطن فيتصف باعراض الالتهاب البريتونى
 الثقيل جدا مع الانتهاء المحزن بل وفي الاحوال الجيدة السيرة لا تعود المرضى
 الى قواها الا ببطء عظيم وفي كثير من المرضى الذين شاهدتهم اسفرت
 الالام العصبية جملة اشهر

(المعالجة)

يوصى في معالجة الالتهاب الرحى الحاد الدائرى بالراحة التامة وارسال
 العلقى على القسم الاوربي والوضعيان الجلدية على البطن السفلى والذلك
 بالمرهم الزئبقى وايقاف الحركات الديدانية للحي بواسطة الافيون كما ذكرناه
 في الالتهاب البريتونى

وأما الالتهاب الرحى الفلغموى فيوصى فيه كذلك بالراحة التامة
 والاستفراغات الدموية الموضعية والضمادات الفاترة والمسهلات اللطيفة
 مع استعمال الحقن المزيلة لتعفن الافرازات المرضية والطمث وفي الاحوال
 المزمنة يحصل من استعمال الحمامات المحمية الفاترة مع اضافة كمية من
 المياه الامية والاستعمال من الباطن ليودور البوتاسيوم اويودور الحديد
 نجاح عظيم ومع هذا ينبغي ملاحظة حالة تغذية المريض وتدريبها الغذائى

وفي الاحوال التي فيها توجد حمى شديدة ينبغي استعمال الجواهر المضادة
لحمى كالسكينس والديجيتال او ما فتح الخراج فيحصل غالباً من ذاته ولا يفعل
بالصاعدة الا متى ثو كدم عدم خطره

(المبحث الرابع في تضاييق الرحم وانسداده)

(المعروف بالورم الدموي أو الورم المائي الرحمي)

الدرجات الخفيفة من تضاييق فوهة الرحم كثير اما تشاهد عند البنات
الشابات المتأخرات في غموهن وهذه التضايقات الخفيفة تكون عابثاً ما نعا
للعوق لكنهما لا تمسه بالكلية وزيادة عن ذلك فانها تعوق استفرغ السائل
الطمثي فحدث تراكمه في الرحم ترا كما وقتياً واستفرغه منه زمناً فزمناً
بواسطة الاقراص المتولة جداً (المعبر عنها بالغصن الرحمي) فقد شاهدنا
مراراً أن بعض النساء اللاتي كان يعترين من غصن رحمي شديد في اثناء
بكاتهن وفي السنين الاولى من الزواج كن يحضن بدون ألم ومشقة بعد اول
وضع وكذلك يحصل بواسطة النفوس العظيمة للرحم وانحنائه الزاوي
تضاييق في تجويف الرحم في المحل المنقوس أو المنحى انحناء زاوياً فينتج
عنه كذلك صعوبة في العلق وحصول غصن رحمي في اثناء الطمث وعين
هذه النتيجة تحصل ايضاً من تولدات جديدة تضيق منزع تجويف هذا العضو
وقناة عنقه

واما الانسداد التام للرحم فحصل له نادر وقد يكون خلقة او ربما كان
ماتجاً عن سلطات أو قروح ادت عند انصامها لالتصاق في فوهة الرحم
ومجلس الانسداد الخلق الرحمي يكون عادة في الفوهة الظاهرة من الرحم
واما العارض في فمجلسه الفوهة الباطنة من قناة عنقه ثم انه يتراكم خلف
الجزء المنسد من الرحم دم الحيض مادامت المرأة تحيض فينتج عن ذلك ورم
رحمي دموي وأما ان حصل الانسداد عقب اليأس وانقطاع الحيض فان
افراز الغشاء المخاطي المصاب بحالة نزلية يتراكم خلف المحل المنسد فيمتد
تجويف الرحم ويكتسب الافراز حينئذ صفة المواد المصلية (وما ذاك
الا من كون الغشاء المخاطي المتدعدداً عظماً يقد اجريته المقرزة فيكتسب
حينئذ صفة الاغشية المصلية) وهذه الحالة تسمى بالورم المائي الرحمي

أوالاستقاء الرجي

ففي أحوال الورم الدموي الرجي الذي يكون متعلقا في الغالب بانسداد
في المهبل لاني الرحم يمكن ان يصل الرحم بقدره الى الحبال التي يكون
عليها في الاشهر الاخيرة من الحمل وكية الدم المسود القطراني المتجمع به
يمكن ان تكون من ثمانية ارطال الى عشرة وجسد الرحم تبعا لمشاهدات
اسكنسوني ووايت تكون مسترقة متى وصل القدر لدرجة عظيمة في زمن
قصير وممكنة ضئيلة متى حصل ببطء واهراض الورم الدموي الرجي عمرة
المعرفة في الابتداء وفي سن الطفولة يبقى ولا بد انسداد كل من الرحم
والمهبل خفيا وفي اثناء كل فترة أربعة اسابيع يتروك للمغص الرجي خصوصا
باحساس بضغط أو ثقل في الحوض مع علامات الاحتقان الشديد نحو ما في
اعضاء الحوض أو التهاب الرجي الدائري وفي الابتداء تعود المريضة التي
انصبت عندها تلك الاعراض بعض أيام الى حالتها الطبيعية الى ان يحصل
تردد فيها بعد أربعة اسابيع آخر لا يمكن فيها بعد لا تكون مصونة عن
المسكبات في اثناء الفترات فيزداد حجم البطن وبعلو الرحم على الارتفاق
العاني بحيث يمكن أن يصل الى السرة وتصل الآلام في النوب الثمرية الى
درجة عظيمة جدا فتعجز المريضة وتهلك في حالتهن وكذا وانها تهاك عقب
تمزق الرحم وحصول التهاب البريتوني ان لم يجد الدم مسلكا لخروجه
وهذا العارض الاخير يحصل خصوصا اذا كان البوقان ملتصقين بالدم
وانسكب متصلهما من الفوهة الوحشية في تجويف البطن ولا يمكن معرفة
الورم الدموي الرجي مع التأكد وتتميزه في الابتداء عن غيره من أشكال
فقد الطمث أو عسرته الا بواسطة البحث الموضوعي الذي فان توهم من ظهور
مغص الرحم لذي يتردد ترددا منتظما كل أربعة اسابيع وعدم خروج
الطمث مع ذلك ومن التردد التدريجي الدوري للبطن حصول ورم رجي
دموي وجب على الطبيب الشروع في البحث مع الاقدام وعدم التأخر في
ذلك فان كان سبب هذا الورم الرجي انسداد المهبل لشوه هذا العضو
الاخير مستقيلا الى ورم متوتر طرفه السفلي واصلى الى الفتحة الفرجية
المهبلية واما ان كانت الفوهة القاهرة من الرحم ممددة وجدا لجزء

المهم إلى هذا العضو من معيار ويمكن معرفته بحرف فوعة الرحم ولا العثور بها
واما ان كانت الفوعة الباطنة لعنق الرحم منسددة جاز أن يكون الجزء المهم إلى
من هذا العضو على طوله الطبيعي وزيادة عن ذلك يكون الرحم ممددا على
هيئة ورم عظيم متوج في بعض الاحوال ومعالجته اورم الدموي الرحي
جراحية محضنة وهي عبارة عن فتح الكيس الدموي بين زمني الحيض
وراجع ذلك في كتب الجراحة أو في الكتب الخاصة بامراض النساء
حيث ان طريقة العملية تختلف باختلاف الاحوال وليست دائما خالية
عن الخطر

واما الورم المائي للرحم فن الواضح انه قد ينشأ عن انسداد عارض وفي زمن
يكون قد اقطع فيه الحيض والدرجات الحفيدة من هذا المرض بكثر
مشاهدتها واما الدرجات العظيمة منه التي يصل فيها هذا العضو إلى حجم
الرأس أو يزيد فتعتمد النواذر العظيمة والعرض الرئيس للورم المائي
الرحي هو عظم الرحم الذي يحصل عادة تدريجا ويسمى أورم يحصل في احوال
نادرة بمره ويمكن معرفته بواسطة البحث الطبيعي بل وادراكه من
المرضى وان كانت جدر الرحم الممددة مستقرة أحسن بزوج واضح أحيانا وان
كانت واقعة في حالة تضخمة فقدت هذه العلامة المهمة في تمييز أورم المائي
للرحم عن جميع باقي أورامه تقريرا ويحصل زمنا فزمنيا لا سيما في انشاء
الاحتقان نحو لرحم مغمص رحي فان كل انسداد غير تام اندفع بواسطة
الانقباضات الرحية السائر المتجمع زمنا فزمنيا بل وقد تندفع أحيانا طبقا
لمشاهدات اسكنسوني غازات تتكون في السائل ومعالجته الورم المائي للرحم
تشغل على اخراج السائل بواسطة عملية جراحية اما بمساعدة المجس
لرحي أو بواسطة توسيع عنق لرحم بواسطة الاسفنج المضغوط أو بالآلة
البازلة وتنويع افراز الغشاء المخاطي بواسطة الحقن القابضة مثلا

(المبحث الخامس في انحاء لرحم وتوقسه)

يطلق نقوس الرحم وانحاءه على التغيرات التي تخضع شكل هذا العضو
لتفسير ان وضعه وعادة يعنى بلفظ انحاء كل نقوس في محور الرحم سواء كان
هذا الانحاء على شكل قوس أو زاوية فان اريد تعيين درجة الانحاء ونوعه

بالدقة معنى الاول بالنقوسى والثانى بالزاوى فان كان تقوس الرحم بكيفية
 يصير بها تغير القوس جهة الامام وتحديد به جهة الخلف سمى ذلك بالانحناء
 المقدمى وان كان قاعه مقوسا جهة الخلف بحيث يقرب من الجدار الخلفى
 من الجزء المهبلى سمى ذلك بالانحناء الخافى ومن التقليل الاهمية الانحناء آت
 الجانبيه وقد اختلفت الاراء فى كيفية حمل الانحناء آت الرحم فاغلب
 المؤلمين يزعمون ان اسباب ذلك توجد فى نفس العضو المربى ويرتكزون فى
 ذلك الى التصارب المألومة من ان جدار الرحم فى محل التقوس يكون على
 الدوام مستمرا وجوه هذا العضو فى هذا المحل مستمرا خوارخا واه
 ورجوف التغيرات التى تشاهد فى هذا المحل فلو اهرنا لوبة ناتجة عن الضغط
 الذى يكابده جدار الرحم فى محل الانحناء وعن انهماك جوهه الناتجة عن هذ
 الضغط وذهب الى ان اغلب التقوسات الرحمية سيما التقوس المقدم ناتج عن
 قصر خلقى او عارضى فى اربطة الرحم وعن تثبيت الرحم المتعلق بذلك عند
 تمدد المثانة والمستقيم ومن القريب للعقل ان اسباب التقوس ليست واحدة
 على الدوام وانها توجد تارة فى الرحم وتارة خارجا عنه

فاما الانحناء الخافى وهو الشكل الغالب عند النساء اللاتى تكرر وضعهن
 والنادر عند غيرهن فنشأه يكاد يكون على الدوام عقب الوضع او السقوط فانه
 ان تاحر انقباض الرحم عقب طرد مقصوده بقى مقدارا خواسهل سقوط فاع
 هذا العضو واندفاعه بواسطة الاحشاء البطنية وحيث ان معظم كتلة هذا
 العضوة تى فى جداره الخافى بعد الوضع فلا بد وان يسقط غالباً جهة الخلف
 ولا يستقر من مشاهدة اختلافات من هذه الخبيثة فانه يسهل حصولها
 باختلاف اوضاع الرحم والاحشاء والمعى الممتلئ الكائنة بجوار الرحم وغير
 ذلك من المصادفات ومثل هذا السقوط يمكن زواله بالكلية فيعتدل انحناء
 الرحم متى انقبض بمرحمة فان لم يسرع حصول ذلك صار جوهه فى المحل
 المتقوس انهماكيا ويظهر بسبب الضغط المستمر عليه او ان قاعه ينثبت بواسطة
 التصاقات جديدة تثبتا غير طبيعى وفى كلتا الحالتين يحصل تغير مستمر وهو
 التقوس وذكر اسكنسونى ان الاسباب الغالبة فى انقباض الرحم البطيء
 غير السام الذى هو السبب المهم فى التقوس الخافى هى المبادرة بالزواج

والجن المتكرر والسقط والتوليد الصناعي

وأما الانحناء المقدم فأغلب ما يشاهد عند اللاقي لم يضمن والظاهر ان السبب الغالب في هذا الانحناء عند الشابات هو استرخاء جوف الرحم بواسطة الالتهاب النزلي وعند اللاقي نفس هو الصمور الشيقوخي للرحم في المحل الذي هو مجلس الانحناء آت على الدوام الموازي للفوهة الباطنة من الرحم وكون الانحناء المقدم هو الشكل الغالب من المحا آت الرحم عند النساء اللاقي لم يضمن امر بوجه بسهولة متى علمنا ان الرحم في حالة البكارة يكون في حالة تيسل والانحناء خفيفين نحو الامام ويظهر لي بدون شك ان استرخاء جدار الرحم وضهور جوفه اللذين يشاهدان فيما بعد ينبغي ان في هذه الحالة عن الضغط والانيما ايضا

وزيادة من هذه الانحناءات الناشئة عن تغيرات في جوف الرحم توجد انحناآت اخرى تتعلق ولا بد بقصر في الاربطة الرحمية وثبت ذلك بمشاهدة اورچوف التي وجدت منها المحا آت في هذا العضو بدون تغيرات جوفية فيه كما وان انحناآت الرحم يمكن حصولها بواسطة اورام ليفية مجاسها اما الجدار المقدم والخليفي من هذا العضو بواسطة التصاقات او ضغط بعض الاورام عليه وكلما قوى تثبت الجزء السفلي من الرحم بواسطة قبة مهبلية متوزعة سهل تكون الانحناء آت وفي الحالة المتغيرة لذلك يصكثر حصول تغيرات اوضاع الرحم بدلا عنها

(الصفات التشريحية)*

معرفة انحناء الرحم في الجثة سهلة لان المحل الاكثر ارتفاعا من الرحم لا يتكون من قاعه بل من جزء من جداره المقدم والخليفي ويسهل عادة رفع قاع الرحم المنخفض لكي يسقط عند تركه على محله الاصلي وفي بعض الاحوال تمنع التصاقات الطبقة البريتونية الرحمية بالاجزاء المجاورة لها من رفع قاع هذا العضو يكاد يوجد على الدوام بجوار نفوس الرحم تحول مقدم أو خلفي وان نزع الرحم من الجثة وضبط من حزنه المهبل ورفعه الى أعلى سطاها ما الى الامام أو الخلف وار وضعه أفقيا استقام اتجاهه عند ما يوجه المحل المنحني الى اعلى لكنه ينحني ثانيا عند قلبه ومحمل

التفوس يوجد في جميع الاحوال يجوز رفوغة الرحم فيكون هناك تارة انحناء خفيف أو انحناء ذو زاوية منفرحة واحدة وتكاد فوغة الرحم تكون على الدوام منقصة قليلا ولو عند اللان لم يضر ذلك وينج عن الخجذاب الشفة المقدمة للرحم في أحوال الانحناء الخفيف والشفة الخلفية في أحوال الانحناء المقدمي وأما فوغة الرحم الباطنة فتكون متضايقة إما بسبب نفس الانحناء أو اتساع الغشاء المخاطي وعند النساء المتقدمات في السن يشاهد أحيانا أنسدادات في فوغة الرحم الباطنة وتضيق الفوغة الباطنة من الرحم أو انسدادها بما يقبسه استسقاء رحي قليل أو عظيم والاضطراب الدوري في محل الانحناء بوجه بسهولة مضاعفات انحناء الرحم التي لا تكاد تفقد مطلقا بالتهابات نزلية في الرحم أو قروح فوخته أو التهابه الجوهري

(الاعراض والسير)

الاعراض الملازمة لانحناء الرحم تتعلق بعمر انقذاف مقصده ولذا يشاهد عند النساء ذوات الحيض اعراض عسر طمث شديدة ودم الحيض الذي يصحب خروجه في مثل هذه الاحوال مغص رحي شديد يكون مخففا بجلط دموية منعقدة في باطن الرحم وكذا تشاهد عوارض المغص عدهن أيضا في غير زمن الحيض بسبب عسر خروج المواد المخاطية والمصلية وحجزها خلف الجزء المنحني من الرحم وينجم لذلك في كثير من الاحوال اعراض التقلبات الرجبية التي ذكرناها في الفصل السابق أعني السيلان الرحي الابيض والتزيف القزير مدة الطمث وعسر استقراغ المستقيم المصعوب برزخير. ولم يولي وعلاجات الانيميا واضطراب التغذية العامة وبالجملة يكون مصحوبا بالاضطرابات العصبية العامة التي ذكرناها تشاهد بكثرة في النساء المصابات بانحناء الرحم وقد لا توجد فيهن الاعراض التي سبق ذكرها أو انها تزول بعد ان كانت موجودة ولو كان انحناء الرحم لم يزل بافيا ومن الاعراض الكثيرة الملازمة لانحناء الرحم وتقوساته عدم الحمل (أي العقر) لكنه ليس على الدوام وهذه الأدلة تثبت لنساء ان الاعراض التي ذكرناها لا تكون نتيجة لانحناء الرحم بل تعد من نتائج التغيرات الرجبية الأخرى التي تضاعف هذا المرض على الدوام وفي الحقيقة كثرة مضاعفة هذا

المرض للتغيرات المذكورة عظيمة جدا بحيث يعد عدم وجودها فيه من الاستثنائات وهذا ناشئ من كون الاسباب التي تحدث انحناء الرحم وتقوسه تحدث ايضا التهابات رجية مختلفة الشكل ومن جهة اخرى يكون ناشئ من كون الاضطرابات الدورية في حمل الانحناء تعقب باحتقار ونقص في جوهر الرحم وفي الغشاء المخاطي لهذا العضو ومدة سير انحناء الرحم وتقوساته طويلا جدا ومن النادر شفاؤه هذا المرض من ذاته شفاء تاما فان الانحناء الرجي لا يمكن زواله الا متى تكون في الحمل المنضبط الغضار من جوهر الرحم جوهر جدي و بعد سن اليأس أى في السنين التي فيها يزول الاحتقار الغسبولوجي الدوري نحو الرحم يحصل ولا بد لتلطيف في جميع الظواهر المرضية وكذا عند النساء المتقدمات في السن يحصل متى ضمير الرحم وزال جزء من أوعيته تعبد في الحالة العامة

وبالبحث الطبيعى بحسب الاصبع عند الجس بقول الجزء المهبل من الرحم هو الامام او الخلف على حسب نوع الانحناء وكذا توجد قوه الرحم ولو عند الانثى لم يضمن منفحة انفتاحا عظيما بحيث يمكن ادخال طرف الاصبع بسهولة وكذا يحس بواسطة الاصبع ايضا فيها يجسم الرحم وقاعه اما امام الجزء المهبل للرحم او خلفه ويكون في قبة المهبل اذ ذلك مكوّن لورم مستدير صلب سهل الحركة وفي الغالب يمكن العثور على محل الانحناء وله يكون الجزء المقابل لهذا الورم من قبة المهبل مارغا بمقتنع من وقوع الخطاء واختلاط انحناء الرحم وتقوسه بعظم حجمه باى مرض واما ادخال الجس الرجي فهو وان كان في الواقع يعين على حقيقة التشخيص الا ان هذه العملية عصرة جدا خصوصا في أحوال انحناء الرحم وتقوسه ولذا لا يفعل هذه العملية الا من كان ممارسا مع غاية الاحتراس ومع ذلك فهي آلة خطيرة ولومع من ذكر ولا تستعمل الا نادرا

(المعالجة)

في معالجة انحناءات الرحم لا يثمر التعديل الوقتى لجسم الرحم المنحني بواسطة الجس فان شكل الانحناء يصير كالطبيعى لهذا العضو بواسطة المؤثرات عليه زمانا طويلا ولذا به ودلوضعه المعيب بعد تبعيد الجس

حالا واما فتح المعالجة بواسطة اجهزة التعديل والفرازج في باطن الرحم
 ونحو ذلك فمخالف فيه رأى الاطباء المستغلين بامراض النساء فان بعضهم
 يقول ان جميع هذه الآلات غير ناجح في حكمل الاحوال بل خطر وبعضهم
 يقول ان استعمالها ماحج وغير خطر في الاحوال التي فيها لا يوجد التهاب ولا
 التصاق وعلى كل فنحذر به المعالجة بهذه الآلات لانها تضر الامن بطبيب معمر
 في هذا الفن وعلى العموم ينذر شفاء الانحشاء آت الرجعية لكن لا يذكر مع
 ذلك ان الخفيف منها والحديث قد يشفي من ذاته متى زالت الاسباب
 الحافظة له بسرعة مثل انجذاب الرحم الى الخلف بواسطة الالتهاب الرحمي
 الدائري وازدياد ضغط عضلات البطن بواسطة السعال وضغط احد
 الاورام وزيادة عن ذلك فقد يزول انحشاء الرحم المقدم بالجل ولى الانحشاء
 الخلفى للرحم كثيرا ما تستعمل الفرازج المهبلية لاسيما الفرازج الرافع للعلم
 هو ج سواء البسيط او المزدوج القوس فان هذا الفرازج وان لم يرفع الرحم
 بحركة شبيهة بحركة الرافعة الا انه يحسن وضع هذا العضو بكيفية بحيث
 ينقص مكابذات المروضة وذلك بكون الركاب والقوس الاعلى لهذا الفرازج
 يحفظ قبوة المهبل الخلفية في توتر فينجذب عنق الرحم الى الخلف واما في
 النفوس المقدم للرحم فلا تنجز الفرازج في تحسن وضع الرحم ولا تنقيص
 مكابذات المرضى ومتى ظن ان الانيميا العامة وضعف التغذية واسترخاء
 المنسوجات هو السبب المهم في نفوس الرحم وجب استعمال معالجة مقوية
 بواسطة المركبات الحديدية والكيوية والحامات الباردة والبحرية وتحسين
 التغذية العامة اذ بما تعمال ذلك في ابتدا الامر يمكن منع تقدم هذا المرض
 ولنعترف بان ينذر ازالة انحشاء الرحم المتقدم جدا لى من الممكن احداث
 راحة في حالة المرض بمقارعة المضاعفات بلا واسطة لاسيما الالتهاب الرحمي
 المزمن الذي هو ينبوع مشاق المرضى ومكابذاتهم كما تقدم في مبحثه ولازالة
 المنص الطمئي الشديد المؤلم الساتج عن حجز الدم خلف الجسر المنحني
 المتضام يستعمل بعض الاطباء المختصين بامراض النساء توسيع عنق
 الرحم توسيعا ميكيا بواسطة المجسات أو الاسفنج المجهز بالضغط على
 هيئة أفلام أو أقلام اللامينار ولكن طبقات الجارب ممتس بفضل توسيع عنق

الرحم بالشقي هو ضامها ذكر وذاك من حيثية النجاس ووله الخطر وفعل شق
عنق الرحم بواسطة المتروم أى الآلة القاطعة للرحم المستعملة بكثرة فى
وقتنا هذا

(المبحث السادس فى تغيرات اوضاع الرحم)

حيث كان الرحم عصوا سهل الحركة فإوضاعه فتعيرى انجهاات مختلفة
وأهم تغيرات وضعه هى ميله أو انقلابه نحو الامام او الخلف وسقوطه
فاما ميله المقدم فاكثرا ما يشاهد عند النساء ذوات الحوض المائى كثيرا
الى الامام وكذا قد يحصل من تجمع سائل فى تجويف البريتون أو أورام أخر
فى البطن تضغط على هذا العضو من أعلى فتميله جهة الامام حيث ان هذا
العضو مائل عظيم لان يأخذ هذا الاتجاه وكثيرا ما يسقط الى الامام ايضا
بشقه الخاص ولذا نكاد توجد دائما درجات خفيفة من الميل المقدم للرحم
عند وجود التهابات جوهرية أو تولدات جديدة فى قاع الرحم ودر أن يصل
الميل المقدم للرحم الى درجة عظيمة فان المثانة عندئذ تهاكل مرة تروده الى
محله الطبيعى ما لم توجد موانع لذلك ولذا تكون اعراض هذا المرض عادة
غير واضحة وانما فى الاحوال التى فيها يكون هذا العضو متزايدا فى الحجم أو
مصابا بتغيرات مرضية أخرى أو حصل فيه انتفاخ مدة لحض تشأ ولا بد من
انضغاط الاعضاء الحويضية وتوتر اربصة دو جلاس الآلام قطنية شديدة وضغط
فى تجويف الحويض وقصر فى البول وزحير متكرر ومكابدات شديدة عند
التبرز وفى مثل هذه الاحوال يوجد عند البحث من الباطن الجزء المهبل
من الرحم منجها الى الخلف نحو النقص غير العجزى وعند توجهه الاصبع من
الجزء المهبل الرسمى الى الامام يحس بجسم الرحم وقاعه الذى يكون اذ ذلك
موضوعا على الجزء المقدم من قبوة المهبل

واما الميل الخلفى فينتعلق باحوال مماثلة للاحوال التى ينتج عنها الميل المقدم
فان الضغط الواقع على هذا العضو من الامام الى الخلف والتساقط
سطحه الخلفى المتوتر ووجود تولدات مرضية جديدة فى جداره الخلفى
تحدث سقوط قاع هذا العضو فى مسافة دو جلاس وصعود جزئه المهبل نحو
الارتفاع العالى والميل الخلفى للرحم الذى يحصل عادة فى اشهر الحمل
الابتدائية ويظهر قائما بنفسه عقب الوضع حال مرض مهم جدا واما

الميل الخلفي الذي يحصل في غير زمن الحمل والنفاس فهو ظاهرة قليلة
الاهمية تابعة لامراض اخر للرحم أو لبقية اعضاء الحوض ثم ان اعراض
الميل أو الانقلاب الخلفي تشابه اعراض الانقلاب المقدم للرحم وتنتج ايضا
عن الضغط الواقع على اعضاء الحوض سيما المثانة والمستقيم من الرحم
الموضوع وضعا اقل

واما سقوط الرحم فيكون ناتجا بالخصوص من استرخاء في الجهاز الحافظ
لهذا العضو في وضعه الطبيعي اعني أربطته والصفقات الحوضية والمهبل
ومتى أثر ذلك ضغط شديد على الرحم من أعلى الى أسفل اندفع الى أسفل
وانقلبت قبوة المهبل وسقط في المهبل الى أسفل فينشأ ما يسمى بسقوط الرحم
ومتى خرج الرحم من الفرج سمى هذا المرض بمرور الرحم أو خروجه وعلى
حسب كون بروزه تاما أو غير تام يكون الخروج تاما أو غير تام ايضا وأكثر
ما يحصل استرخاء جميع الجهاز المثبت للرحم في موضعه مدة النفاس
واما الضغط الذي يدفع الرحم الى أسفل بكثرة فيكون آتيا من جهة
العضلات البطنية العاصرة والنساء المعرضات للاصابة بسقوط الرحم
أو خروجه بكثرة من الفقراء اللاتي ليس لهن مقدرة على صون أنفسهن بعد
الوضع حالاً بل يشتغلن بالاشغال الشاقة بعد الولادة بأيام قليلة فيضغط
العضلات البطنية بسقوط الرحم الى أسفل أو يخرج وكما أن كل سقوط
في الرحم لا بد وان يؤدي لانقلاب المهبل فكذلك يحصل عكس ذلك
بمعنى ان سقوط المهبل قد يكون سببا في سقوط الرحم وخروجه فحتى
حصل انشقاق عظيم في البطن مدة الوضع او عقب مؤثرات أخر وسقط الجزء
السفلي من المهبل جذب الجزء العلوي منه الرحم وبذلك ينتج اما استطالة
في الجزء المهبطي من الرحم أو سقوطه ومن النادر جدا مشاهدة سقوط الرحم
عند النساء اللاتي لم يلدن وحينئذ اما ان توجد أحوال مماثلة لتلك التي تحصل
عقب الوضع أي استرخاء الجهاز الحافظ للرحم بأي سبب كان أو ان استرخاء
المهبل يكون ناتجا عن تكرار السيلانات المهبلية أو عن افراط الجماع
وان سقوط الرحم يكون ناتجا عن أورام تقيسلة في الحوض ضاغطة على
الرحم من أعلى الى أسفل ومتى حصل سقوط الرحم فجأة كما يشاهد ذلك

احيانا عند رفع افعال عظيمة او عند وجود سعال او زحير شديد قد يصل آلام
 شديدة في البطن من توتر الاربطة الرحمية واضطرابات بنية عمومية وتوانغاء
 وغثيان ونحو ذلك واما اذا حصل سقوط الرحم أو خروجه بالندرج فلا توجد
 في الابتداء الامكايدات قليلة وهي احساس غدير واضح بثقل نحو الاسفل
 وآلام توترية في البطن السفلى والقطن لكن كلما ازداد سقوط الرحم
 ازدادت المشاق المذكورة ايضا وتأخذ في الازدياد عند الوقوف أو المشي
 او السعال وتنشأ قس عند اضطجاع المرضى والوضع الافقي وتضطرب هذه
 الاعراض بكمايدات وآلام عند التبول والتغوط وامساك ومغص واهراض
 أخرى تتعلق بتغيير وضع أعضاء البطن السفلى وضغطها وتوترها ومتى خرج
 الرحم من فوهة العرج كونه في الابتداء ورما سديرا أو يضاويا حجمه كحجم
 الجوزة وهذا الورم يسهل الارتداد واما قليل يزداد خروج الرحم
 ويكون مصحوبا بالمهبل وحينئذ يعظم حجم الورم كثيرا ويعسر رده ويكون
 عيني اللس لكن عند الضغط عليه بشدة يحس فيه بجسم صلب واذا انجذب
 مع الجدار المقدم للمهبل فاع الرحم والجدار الخلفي من المثانة وخرجت من
 فوهة الفرج وتكون ما يقال له بالقيالة المثانية شوهة في الجزء المقدم من
 الورم الساقط ورم متوتر أملس متوج احيانا يعظم حجمه ويناقص مرارا
 مدة النهار بل ويمكن الوصول الى باطنه بواسطة قساطير مجررة تدخل في
 فوهة قناة مجرى البول واذا أدخل الاصبع في المستقيم شوهته انه منجذب
 الى الامام شبه قاع كيس وفوهة الرحم تكون منقصة لان جزء المهبل يكون
 منقلبا الى الخارج وتكون محجرة ومغطاة بمواد مخاطية زجاجية واما المهبل
 الساقط فيكون جافا جلدي القوام ثخيناً ومغطى بطبقة بشرية وكمثرا
 ما يحدث احتكاك الملابس ونهيج البول تسليها بل وتقرحات غائرة في الورم
 المذكور

المعالجة سقوط الرحم وخروجه وان كان من النادر أن يهدد الحياة الا انه
 يكون عيبا متعبا للغاية يندر شفاؤه شفاء تاما وفي الاحوال الحديثة يمكن
 الاجتهاد بحفظ وضع المريضة مستقيمة على الظهر رجلة أسايح وتكرار
 استعمال المثانة والمستقيم والحقن القابضة أو الباردة والتشاكل البارد

والاستعمال الباعث على الجواهر المقوية في ارجاع قوة الانقباض الطبيعية
للانسوجات المسترخية أو في منع ازدياد حجم هذا العضو الالتهابي طبقا
للقواعد العلاجية التي ذكرنا في الالتهاب الرجي الجوهري المزمن لكن
المادة ان الصناعة الطبية تمكنني باستعمال جهاز ساندل للرحم اذ بذلك
تتلافى مكابدات المرضى الناشئة عن توتر اربطة الرحم الساقط الى أسفل
ومنع ازدياد سقوط هذا العضو وهذه الغاية يمكن انالتهابا لتمام بواسطة
الفرازج المستديرة (وهي الحلقات المصغية المرونة للعلم مير) التي يكون
عظمها من اسباب بحيث انه عند ادخالها في المهبل لا تؤثر توترها اذ لا تمنع
ولا تتناقض منه الى الخارج لكن متى كانت الحقة المهبيلة الفرجية ممتدة
مسترخية بحيث لا تحجز الفرازج المستديرة الاحتياطية يمكن استعمال
فرازج ذات قوائم تكون نقطة ارتكازها في الخارج على الجلد وشرح
تلك الاجهزة والعمليات المختلفة التي بها يمكن شفاء سقوط الرحم شفاء
تاماً من خصوصيات الجراحة

(المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم)

الشكل الكثير الحصول في الرحم من هذه التولدات هو الورم الليفي وبسببه
يضعف الاطباء بالورم الليفي العضلي فانه يحتوي على الياف خلوية وعضلية
معاً وهذه الاورام تكون عند النساء بدون اسباب واضحة خصوصاً من سن
٣٠ الى ٥٠ وعظمها اوعدها يختلفان اختلافا عظيماً فمنها ما هو
صغير الحجم ومنها عظيم جداً بحيث يبلغ وزنه عشرين رطلاً او ثلاثين رطلاً
يوجد ورم واحد وتارة توجد اورام متعددة والغالب ان يكون شكلها
مستدير لكن العظام منها يكون شكلها غير منتظم حديبي وعند شقها
يظهر لون ابيض او احمر باهت به يعترف تركيبها الليفي واتجاه اليافها
الدائري المنتظم وغير المنتظم وقوام الاورام الليفية يكون عادة كقوام
الغضاريف الليفية وينسدر ان يكون رخواً ليناً ويحتوي في باطنها على
تجويف ممتلئ بمادة هضلية ومجاس هذه التولدات الجديدة كما ان يكون
على الدوام في قاع الرحم او في جداره وتارة تكون هذه الاورام متولدة في
منسوج الرحم ومحاطة بطبقة من منسوج خلوي رخو وتارة اخرى تكون مثبتة

به بواسطة عنيق او بجملعة عنيقات وفي الحالة الاولى تتميز على حسب كونها في وسط جدر الرحم او قريبة من غشائه المصلي او المخاطي الى اورام ليفية خلالية أو تحت غشاء مصلي أو تحت غشاء مخاطي وفي الحالة الثانية أى التي فيها تكون الاورام الليفية مثبتة بباطن الرحم بعنيق او بجملعة عنيقات تسمى بالموليبيوس الليفي وهذه الاورام الليفية قد تزيد احيانا وبقف غموها في احوال اخرى وديلتهب بالنسوج الخلوي المحيط بها واذا انكثرت صديدي هذه الحالة الاخيرة تنفصل هذه الاورام وتنقذف وفي جميع هذه الاشكال ما عدا الورم الليفي تحت الغشاء المصلي يحصل في جوهر الرحم ضمادة وكثيرا ما تؤدي هذه الاورام ايضا الى تغير اوضاع الرحم وانحمااته

واعراض هذه التولدات تكون في الابتداء غير واضحة فان اضطرابات الحيض وعلامات الانتهاب الرحي التزلى المزمن كما تصعب تولدات الرحم الليفية تصعب غيرهما من امراض هذا العضو لكن لا يصطبب بانزفة رحيية مسفرة وآلام شديدة الا القليل منها كما يشاهد ذلك في الاورام الليفية ولذا متى اشتكت المرأة تردد الحيض كل أربعة عشر يوما وانه كثير ما يسفر هذه المدة وانها تفقد كمية عظيمة من الدم في كل مرة مصحوبة بالآلام شديدة شبيهة بالآلام الطلق غلب على الظن ان هناك ورم ليفيا في الرحم فكلما كان التزيف غزيرا غلب على الظن ان هناك بوليبيوسا عظيما في الرحم وكلما كانت الآلام أكثر شدة غلب على الظن ان مجلس الورم الليفي منسوج الرحم وينضم لهذه الاعراض ظواهر مرضية ناتجة عن انضغاط الاعضاء المجاورة كتعسر البول والامساك والزحير وظهور الاورام الباسورية والاذيميا في الاطراف السفلى والاحساس بالمر او خدر فيها لكن الذي يدلنا على حقيقة التشخيص هو البحث الطبيعى اذ به يمكن في الغالب (سيما متى عظم حجم الاورام الليفية للرحم) معرفة ازيد حجم هذا العضو وسما كته وعدم انتظام شكله وفي الاورام الليفية للرحم الكائنة تحت الغشاء المصلي يحس اهل العانة بوزم صلب مستدير تابع لجميع حر كان الرحم واما في الاورام الليفية التي تتكون هذا العضو وتبرز في بطنه فيكون شكله أقل انتظاما مما تقدم والجزء المهبل من الرحم ياخذ في القصر شيئا فشيئا

ثم يخفى بالكيفية بحيث يمكن عند البحث الدقيق الوقوع في الخطأ والظن
 بوجود حمل وفيما بعد تنفتح فوهة الرحم فيدخل الاصبع ويحس بالورم
 اللينى والذي يعسر علينا في مثل هذه الاحوال هو الحكم بان كان الورم مثبتا
 بقاعدة متسعة او ذاعنيق لكن كلما كان حصول قصر الجزء المهبل من
 الرحم بسرعة مع عظم الرحم عظما مناسباً وكان انفتاح فوهته بسرعة
 ايضا غلب على الظن ان هناك بوليپوسا ذاعنيق ومعرفة ذلك من الامور
 المهمة فان عاقبة هذا البولپوس جيدة اذ في بعض الاحوال يمكن
 استئصاله بالعمليات الجراحية واستئصال هذه الاورام من العمليات
 الجراحية الجيدة العاقبة ذات النجاح الواضح فان هناك نساء يحصل
 لهن نقاعة عظيمة جدا من ازدياد فقد الدم بحيث يمكن على بأس عظيم
 من الحياة ثم تعود لهن صحتن بسرعة عقب هذه العملية في أشهر قليلة
 * (تنبيه) * حضرت لدينا امرأة من الوجه البحرى بمصر طويلا القامة
 جدا نامية الاعضاء تامتها جيدة الصحة تكاد هذه المرأة من اعتدال قوامها
 وانتظام جسمها ونموه يضرب بها المثل فاول ما وقع بهى عليها انضغى الى
 عدم التناسب بين ما يقتضيه هذا التركيب القويم ولونها المنتقم المصفر
 الباهت مع عدم استطاعتها للجلوس تقر يسا لما يعترها من الانغما
 والدوار حينئذ وبالااستفهام عن حالتها انضغى الى غزارة السريز الرسمى
 بحيث انه في ابتداء المرض الذى له نحو السنين بسبب اخبارها كان
 يظن ان حوضها كثير التردد والغزارة لكن فيما بعد ازدادت تكرره
 واشتدت غزارته حتى ادى الى ما ذكرناه من هيمتها وحيث قوى الظن
 عندى بوجود ورم لينى في الرحم شرعت في البحث عنها بالجلوس والمنظار
 طبقا للاصول الطبية ولرغبة أحد اخواني الاطباء وهو الذى ارسلها
 الى لاجل تشخيصها ومعالجتها فعدنا ما دخلت الاصبع في المهبل عثرت
 على ورم صلب كرى الشكل منتظمه حين دفع الاصبع بينه وبين جدار
 المهبل دفعا عميقا احساس بحاقة فوهة الرحم واحاطتها فان الورم بيروزه
 من باطن الرحم تعددت فوهته تعدد اعظم فكنت احس بحوافها حول الجزء
 الضيق من هذا الورم الشبيه بعنق غليظ له وعند وضع المنظار وفتح شعبه

أمكن مشاهدتي هذا الورم مشاهدة تامة والتأكد من أنه تولد جديد بارز من
تجويف الرحم لكن أعظم حجمه وملائته لتجويف المهبل وقوة الرحم مثلثا يكاد
يكون تاما لم يمكن التأكد بالدقة أن كان أنثيا من قاع الرحم أو من أحد جدران
أو باطن عنقه إلا أن عدم التأكد من تغير أوضاع هذا العضو قوى الظن
بأنه ناشئ أمام أحد جدران الخلفي أو المقدم بقرب فوهة عنق الرحم
الباطنة أو من فتاة عنقه وعلى هذا صار تنخيص المرض به بانها مصابة
بورم لبيق يوليوسى فى الرحم بالنسبة لصلابته العنقوفية وهيشته البيضاء
الوردية اللباسة وغزارة النزيف الآتى منه وكثرة تكرره وان هذه المرىضة
لا ينفعها سوى المعالجة الجراحية باستئصال الورم من محل تشبته
وكان الشروع فى ذلك فى أربعة أكتوبر سنة ١٨٧٦ والعمليّة التي
صار اجزاؤها فى هذه الحالة مع غاية النجاح هي عملية الاستئصال بواسطة
الهارسة السلسلية المعروفة بالآلة الهارسة للعلم شاسنيك ولم يحصل فى
أثناء العمليّة ولا بعدها دنى عرض ولا نزيف عظيم سوى أن سائلة الآلة
الهارسة قد انقطعت فى أثناء العمل بها واقتضى الحال باستعمالها بالآلة
أخرى وأجراء العمليّة كان بالطريقة الاعتيادية المعلومة فى كتب
الجراحة اعنى يجذب الورم جذبا قويا بواسطة الجفت ذى الكلايب للعلم
موزوم الحاطة بسلسلة الآلة الهارسة وأجراء الهرس بها شيئا فشيئا واعتقت
العمليّة بالنجاح التام حتى عادت المريضة أقسام صحت وأوقعتها كما كانت عليه
وبالبحث بالنظار عن الرحم بعد إجراء هذه العمليّة بأسبوع تقرىبى لم يظهر
فيه أدنى تغير ولا تقرح وبالبحث عن منسوج الورم بالميكروسكوب بعد
استئصاله وجدت فيه الياف عضلية بكثرة بخلاف اللبانية وحيد الخلية
الورم أنه كان لبغيا عضليا وهو المسمى باليوم اللبني الرخى وكان وزنه نحو
رطلين

وأما باقى أشكال هذا الورم فتكون أكثر خطرا كلما كان انزيف أكثر شدة فان
كثيرا من المرضى يموتون عقب هذا المرض فى حالة نهوكة أو استسقاء بعضهم
يموتون من حمله والآخرين يموتون أو يعتب اختناق بعض الأحياء
البطنية الناتج عن ضغط الورم اللبني والحمل الذى يحصل أحيانا ولو مع وجود

هذا الورم والولادة والنفاس تكون محصورة بالخطر لكن لا حاجة لاطالة الكلام على ذلك هنا

وأما البوليبوس المخاطي فمشاءة وتوضيعة الغشاء المخاطي لهذا العضو وتارة يكون المنسوج الخلوي هو المقتسلطن في هذا البوليبوس وتارة ينسلطن فيه المنسوج الوعائي واخرى يكون ناتجة فقط عن تدفق الاجزىة المخاطية وعلى حسب ذلك ينقسم هذا البوليبوس الى خلوي لبني وخلوي وعائي وحوصلي والبوليبوس المخاطي يسد ران يزيد حجمه عن الجوزة وتارة يكون كرى الشكل واخرى كثر ياوذا عنيق في ثخين ومجساة عادة بقرب عنق الرحم ثم يظهر في فوهته ويبرز منها فيما بعد الى الخارج وهذا الشكل بانواعه ينتج عنه ايضا سيلانات رجسية وانزفة غزيرة وفي الغالب يبقى بنبوع هذه الظواهر غير واضح الى ان يتحقق بالبحث الطبيعى

المعالجة متى اراد الطبيب ارتكابه منه على بعض التجارب الجيدة الشروع في معالجة دوائية يتراد منه فتحل الاورام الليفيية او بالاقل تصغير حجمها وانكماشها فلا بد ان يكون مشروعه هذا مع مواءمة قليل من العشم في الفجاج فانه يظهر ان كلامنا استعمال البساطني ليودورا البوتاسيوم او يرومور البوتاسيوم الذى اوصى به من ابداءه وكاودورا الكاسيوم الذى اوصى به رجبى والزرنيج والفوسفور اللذين اوصى بهما حينئذى لثاثير والنجاح جدا واما استعمال الحمامات المحمية ولا سيما مياه كريدت زناخ وممتسبير وينابيع آدل هيت ونحوها من المياه المحتوية على اليود والبروم فلها تاثير مساعد في الامتصاص في بعض الاحوال بمعنى انه تمسك صغراى حجم الررم وقد ذكر هلدبرند انه باستعمال الحف تحت الجلد الاجوتين بقصد مقاومة الانزفة الرجسية التى تصاحب هذه الاورام لم يتحصل فقط على ايقاف الانزفة وزوالها بل كذلك على تصغير حجم هذه التولدات الجديدة وزوالها ومع ذلك فنجاح هذه الطريقة لم يعتبر من المثبوت الى وقتنا هذا ولومع وجود مشاهدات تعضد جودة الحف تحت الجلد ثم ان بعض الاورام الليفية يجوز ازالتها بواسطة عملية جراحية فقد ازيلت أورام بوليبوسية ليست فقط تحت خلوية بل خلالية بواسطة التزع من المهبل ولو ان العملية

فما ليس خالية عن الخطر بل وبعض هذه الاورام لسرعة نموه وتهديده للحياة صار استئصاله اماما مع الرحم أو على حدته والاورام الليفيّة العضليّة تحت خلوية ذات العنق هي التي يكون اجراء العملية فيها جيد العاقبة فتري انه بواسطة ازالة مثل هذه البوليبيوسات بواسطة العملية الجراحية القليلة الخطر (كالخالة التي ذكرناها) ان النساء اللاتي يكدن يهلكن من غزارة النزيف واسفراره يعدن الى الهمة التامة في قليل من الاشهر ويكسبن هيشتم الزاهية وكثيرا ما يكون الطيب في بعض أحوال من الاورام الليفيّة العضليّة للرحم مضطرا للامتناع عن اجراء طريقة علاجية شفايّة تامة وحينئذ فيجئ في منع نمو الاورام وارتقاء المسكبات الناتجة عنها بواسطة الايباء بالمعيشة الجيدة مع الراحة بدون مشاق جسيمة وانفعالات نفسية والتحذير من تكرار الجماع وارسال العلق زمنافز منا بكمية قليلة على الجزء المهبل الى من الرحم وشرب بعض المياه المعدنية في اثناء الصيف والاستحمام بها وأمامة اقامة الانزفة المنهكة فنجعلها على معالجة النزيف الرحمي

وأما سرطان الرحم فمشاهدته في الرحم أكثر من غيره من الاعضاء الباطنة الاخرى وفي الغالب يكون هذا السرطان ذا منسوح نفاخي ويندر أن يكون اسكريا او هلاميا وابتداء الاستئصال السرطانية التي تحصل عادة على هيئة ارتشاح منتشر يكون في الجزء المهبل من الرحم ابتداء ويندر ان يمتد الى فاعده لكن في الغالب يمتد جهة الامام فيصيب المثانة او جهة الخلف فيصيب المستقيم بحيث ينشأ عن تقرح الرحم تمسكات عظيمة واستطرافات جديدة بين الرحم والمثانة أو بين الرحم والمستقيم وكثيرا ما تمتد الاستئصال المرضية الى العقد الليمفاوية المجاورة والاعراض التي بها تعرف السرطانات الرحمية هي الآلام القطعية في النصف السفلي والحاصرتين وهذه الآلام تكون في الابتداء قليلة ثم تتزايد فيما بعد تزايد اعظما جدا بحيث تلجش المرضى لتعاطي مقدار عظيم من الاقيون لاجل تسكين هذه الآلام ومنها النزيف الرحمي الذي يحصل ابتداء مدة الحيض ثم يبق مستقرا بعده زمنا طويلا ومنها السيلانات الرحمية المهبلية المخاطية التي تصير فيما بعد مائعة

حريفة كريمة الرائحة جداً وقد بحث بالأصبع في ابتداء هذا المرض احس
بوزن غير منتظم حديبي صلب جداً في الجزء المهبلي من الرحم ثم فيما بعد
يحبس بقرحة سرطانة مشرزمة فمبة الشكل ذات حواف منعقدة سهلة
الادماء عند اللمس لكن غير حساسة ويحصل الموت في هذا المرض عقب
ظهور اعراض النوبة العظيمة وكثيرا ماتت كون سد ذاتية في باطن
الاوردة الفغذية بل قد تحصل ثقبات في تجويف البطن أو عوارض مفعمة
أخرى تسرع في الهلاك

وأما التولدات الغطرية للرحم المعروفة بالتولدات الحليمية أو الشبيهة بزهر
القرنبيط فيسمى بها أورام حليمية تتكون على فوهة الرحم تنضج عادة
عند استقرارها زمانا طويلا بالسرة البشري وهذه الاورام الحليمية تنشأ من
ضخامة عظيمة في حلمات الفوهة الرحمية فتظهر ابتداء على شكل أورام
حليمية أو درنية ثم فيما بعد أي عند ما تنضج هذه الحلمات بحمل منتشر ذي
فروعيات تظهر هذه الاورام على هيئة تولدات شبيهة بزهر القرنبيط وكل من
الحلمات والحمل يتكون من لفائف وعائية متعددة مغطاة بطبقة بشرية
سميكة ولا تحتوي الا على قليل من النسج الخلوي ثم فيما بعد تظهر في قاعدة
هذه الاورام بين الطبقة العضلية والخلوية للجزء المهبلي للرحم كهوف صغيرة
أي تجاويف عميقة بمادة السرطان البشري وتؤدي عند تقدم سيرها لتنتج
عظيمة ثم ان هذه الاورام الشبيهة بزهر القرنبيط التي تظهر بعد الموت أو
عقب استئصالها باهتة مبهمة تكون مدة الحياة ذات لون أحمر فاني وتدمي
بسهولة عظيمة وينفرض منها سائل غزير شبيه بغسالة اللحم يكتسب رائحة
كريمة ثم ان هذه الاورام يسهل اشتباهاها بالسرطان بسبب هيئة تركيبها
وباصطحابها بالآلام شديدة في القطن والخاصرتين وبسبب نهوكة المرضى
وروقها في حالة انيميا عقب الفقد العظيم للافرازات المرضية والازفة
وكثيرا ما يستمر هذا الاشتباه الى المات الذي يطرأ عند أغلب المرضى عقب
حصول النهوكة التي تحصل في هذا المرض أيضا ولأنها تتأخر زيادة
عمالي السرطان ثم ان المبادزة باستئصال هذه الاورام قد تعقب في بعض
الاحوال بشقاء تام

المعالجة معالجة السرطانات الرجية ألهم فيها هي العملية الجراحية وفي الحقيقة ولو ثبت بالتجارب انه لا يتحصل على شفاء تام بها الا في احوال استثنائية فهي التي يمكن بها فقط نجات المريض أو اقل ما هذا تحسين حالته وقتها وما يتأسف عليه كون الارشاح السرطاني وقت وصوله لمعالمية الاطباء وما يجتهدون به بالصناعة يكون قد امتد الى قبوة المهبل أو من العنق الى أعلى بحيث لا يتيسر استئصال الجزء المهبل الى الرجي من جوهر هذا العضو الذي لم يزل سليما ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال المشكوك فيهم الم تزل العملية الجراحية هي الامل الوحيد لا متداد الحياة وهذه العملية تفعل بكيفية بها يتأكد استئصال الجزء المهبل من الرحم بواسطة المقص أو المشروط (أو بواسطة المعلقة الحادة لمعلم سبعون ان لم يمكن الوصول بسهولة الى الجزء المريض) ثم يكوى سطح الجرح ولا بد كما قويا بواسطة الحديد المحمي أو بمحاول البرومورال السبكولي كما اوصى به روت وغيره وذلك لمنع بقاء أجزاء سرطانية مخفية وعدم نجاح العملية

وأما المعالجة العرضية فأهمها مقاومة الالام بواسطة المركبات الافيونية اما بالحقن الصغيرة المضاف اليها قليل من خلاصة الافيون أو صبغته واما بالحقن بالمورفين تحت الجلد وهو الاجود ولا جعل مضاربة السييلان الغزير تستعمل الحقن المنظمة القابضة وان كان السييلان ذا خواص مسديدية منتنة أضيف اليها نقط من حمض الكبر بوليك أو فوق مضادات البوتاسا أو كلورور الجير والازفة المتكئة يصير مقاومتها بواسطة الحقن بالماء البارد أو الجليد أو بمحاول فوق كلورور الحديد المخفف وقد يتضمن الحمال لوضع كرات من القطن أو الاسفنج مبتلة بمحاول فوق كلورور الحديد غير المخفف وعند عدم النوم يجوز استعمال الكلورال الادراتي

(المبحث الثامن في اضطرابات الحيض)

اضطرابات الحيض ليست في الحقيقة انواعا مرضية مخصوصة بل هي امراض لاحراض الاعضاء التناسلية ولا مرض آخر بها تحصل اضطرابات عمومية في البنية ولذا كان شرح انقطاع الحيض وتعمره والتزيف الرجي لا يخص في الحقيقة كتب الباثولوجيا الخاصة والعلاج بل يخص كتب العلامات

والتقصير لكن بسبب أهمية هذه الاضطرابات في الطب العملي التزمنا
 ان نذكرها هنا باختصار كما جرى عليه كثير من المؤلفين فنقول
 منها تقدم حصول الحيض وهذا العارض قليل الحصول جدا ان عني به
 التزيف الذي يحصل من اعضاء التناسل قبل تمام البلوغ ويكون متعلقا
 بانقذاف حويصلة جراف التامة المنعيج وحيث لم يوجد عندنا امر كاف
 للتأكد ان كان هذا التعلق موجودا أو غير موجود فعليتنا ان نقسك بان
 حصول هذا التزيف هل يتردد في اوقات منتظمة ام لا وهل هو محبوب
 باضطراب عام في البنية وبآلام في القطن والظهر وغيرهما من الظواهر
 التي تؤكد ان تسحب الحيض على الدوام ام لا وأما التزيف الذي يحصل
 من اعضاء التناسل في مدو سير بعض الامراض الحادة سيما الامراض
 التعممية الحادة وفي مدو سير بعض السكرازيات المزمنة والاحتمالات
 الاحتمالية الوريدية و يمكن حصوله مرة واحدة أو جملة مرات بدون
 انتظام فليس له ادنى ارتباط بالحيض فاذا خرج نزيف من بنت يبلغ سنها
 اثنتي عشرة سنة الى أربعة عشر في البلاد الباردة ولم يصل منها من أربعة
 عشر الى ست عشرة سنة أو لم تكن تامة النمو فيقال حينئذ ان هذا التزيف
 مرضي لكن ان كانت متكاملة واعضاؤها في غاية النمو فلا تكون هذه الحالة
 حالة مرضية فان كثير من البنات اللاتي يكن في السن المذكور ولم يزل
 يتوجهن للدارس ويلبسن ملابس قصيرة ومع ذلك يوجد الثديان ناميين
 عند هرب الكلية مثل هؤلاء البنات يقال ان غوهر متقدم وليس معترهن
 اضطراب في الحيض بل ان تأخير الحيض عند مثل هؤلاء البنات لا ظهوره
 ظهور ادور يا منتظما هو الذي يعتبر مرضيا لكن هناك احوال غير السابقة
 لا يندران يشاهد فيها عند بنات لم يتم غوهر وسنهن من احدى عشرة الى اثني
 عشرة سنة حصول تزيف من اعضاء التناسل يتردد بكيفية منتظمة
 ومحبوبة بالاهراض الخاصة لاحتمال اعضاء الخوض بحيث لا يشك في
 مثل هذه الاحوال ان هناك تقوامة تقدم في حويصلات جراف وحيث
 متقدما مرضيا وقد دلت التجارب على ان مثل هؤلاء البنات يصبن
 فيما بعد بالخلو ووز المستحصى

ومنها تأخير انقطاع الحيض وذلك ان النساء ينقطع الحيض عندهن عادة من سن ٤٥ الى ٤٨ سنة ويندرجدا ان يتأخر انقطاعه عن هذا الزمن وان حصل ذلك ينبغي التأكد من أن هذا التزيف حيض حقيقي او ناتج عن امراض اخرى أعضاء التناسل

ومنها انقطاع الحيض وذلك يطابق على الحالة المرضية التي فيها يفقد الحيض عندها امراضا تجاوزت سن البلوغ ولم تصل الى سن اليأس ولم يكن عندها حمل ولا ارضاع وتأخير الحيض بعد نوعا من انقطاعه وكذا انقطاعه المتعدي بعد نوعا آخر منه فان كانت الشابة التي يبلغ سنها ١٦ أو ١٨ سنة ذات جسم غير تام النمو كطفلة عمرها عشر سنين أو ١٣ سنة فلا تكون مصابة بتأخير الحيض أو فقدته كما ان البنات اللاتي سنهن اثني عشر سنة أو ثلاث عشرة سنة وتأمات النمو اذا حصل عندهن الحيض لم يكن مصابات بتقدم حصوله ثم ان كلامي فقد الحيض وتأخيره وتقدم انقطاعه يكون في الغالب متعلقا باضطرابات عامة في البنية أكثر من تعلقه بامراض موضعية في أعضاء التناسل وعلى الخصوص الخلل ووزوداء الخنازير والسمل الرقوى هي التي تحدث تأخر في الحيض وانقطاعه بالكلية وليس من السهل في مثل هذه الاحوال الحكم بان كانت البهية لم يتم نضجها او بان كان التزيف الذي يصاحبه انقذا فها هو المفقود لكن متى شوهد امراض احتقان كثيرة الوضوح أو قلبتها فحوال الأعضاء الخوضية وترددات نظام في كل أربع اسابيع وكانت هذه الاعراض معصوبة بالتفاح في الثديين وازدياد في الافراز المخاطي لاعضاء التناسل دل ذلك على ان التزيف هو المنقطع فقط والاحوال المخالفة لذلك تدل على ان نضج احدى الحويصلات الجرافية لم يتم بالكلية وأما امراض الاعضاء التناسلية التي ينتج عنها انقطاع الحيض فيعدها منها الاستحالات المرضية للبيضين وهونادرسيما اذا كان كل منهما مجلسا لتغيرات مرضية جوهرية عظيمة ومنها امراض الرحم المختلفة سيما التزلات المزمنة للرحم وخصوصا التهاباته الجوهرية المزمنة اذ في هذا المرض الاخير تنضغط الاوعية الرحمية بسبب ظهور المنسوج الخلوي المحيط بها وانسكاسه واحدها نايشا هذا انقطاع الحيض عند شبابات ذات بنية وصحة

جسدين وذلك لانه لم يحصل في أعضائهن التناسلية تقدم في النمو مثل
توفاى اجزاء الجسم وبالجدة فقد ينمخ انقطاع الحيض عن اضطراب عصبى
عمومى والذى يؤيد ذلك أحوال شلل النصف السفلى التى فيها ينقطع الحيض
بعد حصول هذا العارض حالا

وأما الانقطاع الفجائى للحيض فهو فى الغالب عرض للالتهاب الرحمى الحاد
ويتعلق بنفس الاسباب المرضية التى ذكرناها عند شرح أسباب هذا
المرض ويصطبب باعراضه السابق ذكرها ويندران ينقطع الحيض فجأة
عقب تناقص كمية الدم العمومى كما يشاهد ذلك عقب الفصد أو احتقان
تواردى شديد نحو عضو بعينه عن الرحم به يحصل تناقص الدم المحتوى
عليه هذا العضو

وأما الحيض العوضى فيعنى به الانزقة التى تحصل من بعض الاغشية المخاطية
الآخر أو من جروح أورام انتصاية مدة انقذاف احدى حوصلات
جراف ويكون حصوله ابدلا من دم الحيض المنقطع بالكافة او الذى يسيل
بكمية قليلة جدا وهذه الظاهرة قد ثبتت بمشاهدات عديدة وفسر اسكزوفى
حصول الحيض العوضى بالكيفية الآتية وهو أن النضج الذى يورى لاحدى
البويضات ينبج عنه ثوران وعائى عمومى ففى كان هناك تغيرات جوهرية
مهيسة للانزقة امكن ان يحصل تمزق وعائى من عضو غير متعلق بالاعضاء
التناسلية والتزيف الحاصل بسبب قلة مقاومة المحل المتغير يؤثر بنفس
الكيفية التى يؤثر فيها الفصد مدة الحيض بمعنى انه يقلل احتقان الغشاء
المخاطى الرحمى بحيث انه لا يحصل فيه تزيف بالكافية أو يحصل بكمية قليلة
جدا

وينبغى فى معالجة انقطاع الحيض الاهتمام باتمام الدلائل العلاجية
المؤسسة على معرفة الاسباب بمعنى انه يلزم معالجة المرض الذى يكون
انقطاع الحيض عرضا له ومع ذلك فهناك أحوال فيها يستمر انقطاع
الحيض زمنا طويلا ولو بعد زوال المرض الاصلى وفى مثل هذه الاحوال
التى ليست بكثيرة كما تعتقده العوام ينبغى الاهتمام بالتأكد ومعرفة كون
التزيف الحيضى هو المفقود أو نضج البويضة هو الحاصل اذ الفائدة فى

استعمال الحمامات القديمة المهيجة ان كان الحاصل هو الامر الاخير
 لا اطمث نفسه لكن اذا كان هناك علامات احتقان في الحوض
 وانتفاخ في الثديين وزيادة افراز مخاطي في الاعضاء التناسلية دالة على
 انقذاف احدى الحويصلات الجرافية وكان الغشاء المخاطي الرسمى في حالة
 احتقان وجب الاجتهاد في ازيد درجة هذا الاحتقان ووصوله الى درجة
 الترقق الوعائي بحيث يحصل الحيض فانه ان حصل احتقان بدون سيلان
 دموي نتج عن ذلك تغيرات في الغشاء المخاطي للرحم وجوهره بخلاف ما اذا
 حصل التزيف فان هذا الخطر يتجنب وذلك بكون باستعمال الوسائط المدرة
 للطمث وأهمها التشنج بالماء الفاتر في الرحم وتشريط فوهته وارسال
 العلق عليها وألحقن المهيجة في المهبل بواسطة جهاز التشنج الرسمى ونحو
 ذلك فاذا لم يكن استعمال هذه الوسائط بسبب غشاء البكارة وجب وضع
 المحاجم على الجهة الانسية من الفخذين واستعمال الحمامات المهيجة
 القديمة والجلوسية واما الجواهر المدرة للطمث التي تعطى من الباطن
 فاجودها الصبر والجويدار والابل اسكن ينهي استعمال هذه الوسائط
 مع غاية الاحتراس ولا تستعمل متى وجدت ظواهر احتقان أو التهاب
 في الاعضاء الحوضية

وأما غزارة اطمث او التزيف الرسمى الذي هو عبارة عن غزارة في السيلان
 الحيضي فقد ذكرنا انه يكون عرضا لأمراض الحوضية المختلفة للرحم
 وتولداته الجديدة وكذا قد يشاهد هذا التزيف بدون تغيرات عضوية
 مدركة فيها اذا حصل عائق في رجوع الدم من الاوردة الرحمية كما يحصل
 ذلك في مدة سير امراض القلب والرئة ونحو ذلك كما انه قد يشاهد ايضا في
 أحوال الاحتقان التواردية للرحم الناتجة عن تهيج هذا العضو بواسطة
 الاقراط في الجماع بل وعن التهيجات النفسانية الشهوانية وينسدران
 بمكون غزارة اطمث او التزيف الرسمى متعاقبا بالذي ياتي به التزيف
 ويكون ظاهرا من جملة ظواهر الاسكربوط والفرفرة التزيفية والأمراض
 التسممية الحادة كالجدري التزيفي والحصبية التزيفية والتيفوس
 وفي الاحوال التي يكون فيها التزيف الرسمى فلتجاءن احتقان قاصر

أو متعدد يكون هذا العارض مسبباً لبعض اعراض مشابهة للتي تصاحب الحيض الطبيعي لکنها تجاوزها في الشدة وخروج التزيف يكون اما على حالة سائلة او انه ينغقد ويخرج من المهبل على هيئة جلط غير منتظمة ويندrian ينغدة في باطن الرحم فيخرج عن ذلك ما يسمى بالبوليبيوس اللينفي كما يشاهد ذلك بكثرة هقب السقط وهناك نساء ذوات مزاج دموي يحتلن فقد التزيف الدموي ولو بكمية عظيمة بدون ان يحصل عندهن ادنى ضرر لکن النساء اللاتي يكن في حالة انيميا يحصل لهن من هذا التزيف ارتقاء في ظواهر الانيميا

ومعالجة غزارة الطمث او التزيف الرحمي ينبغي فيها الالتفات الى معرفة المرض الاصلی في الاحوال التي يكون فيها هذا التزيف ناشئاً عن التهاب رحمي من من ينسجى ارسال العلاق مع التكرار على الجزء المهبلی من الرحم او تشربطه فان هذه الطريقة ذات نجاح عظيم في مثل هذه الاحوال ومن المهم أن توصی المرضى متى كان الفقد الدموي عظيماً ومهدداً لقوتهم باجتناّب المشاق الجسمیة والعقلیة بالاستمرار في الفراش مدة الحيض مع الراحة والهدهد مع منعهن عن استعمال الماء كل والمشارب المنبهة وتعطى لهن المشروبات المصنوعة من الحوامض المعدنية والنباتية ويندر الالتجاء الى استعمال المسکمدان الباردة والجليدية او الجواهر الموقفة للتزيف وذلك انه ان ابتداء التزيف الرحمي ان يؤثر تأثيراً مضعفاً في البنية وجب اعطاء القوابض من الباطن بحذور الرنايسا والتنبين ومحلول فوق كلورور الحديد ونحو ذلك واجود استعماله الا في ذلك الجرعة الاتية المركبة من خلاصة الجويدار المائي والتين من كل جرام واحد ومن الماء المقطر ١٥٠ جراماً ومن الشراب البسيط ٣ جراماً ويعطى من هذه الجرعة ملء ملعقة اكل كل ساعتين او ثلاثة لکن هناك احوال فيها يكون التزيف غزيراً جداً بحيث يقاوم جميع الوسائط التي ذكرناها ويهدد حياة المريض ففي مثل هذه الاحوال يلجأ لاستعمال معالجة قوية كالسد المهبل والحقن تحت الجلد بمحلول الجويدارين بل والحقن في باطن الرحم بواسطة محلول مركب من كلورور الحديد

واما عسر الحيض فيعني به نوع من اضطرابات الحيض فيه يحصل قبل خروج
 النزيب وفي اثناء خروجه مكابدات شديدة وقد ذكرنا فيما تقدم ان عسر
 الحيض عرض من جملة اعراض المنحنيات الرحم وغيرها من امراض هذا
 العضو لكنه كثير اما يشاهد ايضا بدون وجود تغيرات عضوية مسددة في
 هذا العضو ويميز لعسر الحيض شكلان أحدهما العصبي والثاني الاحتقاني
 فالاول يشاهد عند النساء المصابات بشوران مرطبي في قابلية تنبيه المجموع
 العصبي وفي مثل هذه الحالة الاضطرابات العقلية المخزونة التي توجد عند
 أغلب النساء قبل حصول الحيض تصل الى درجة عظيمة جدا وكذا الاكلام
 البطنية والقطنية والفخذية تزداد اذ ياداعظما جدا مدة الحيض وكثيرا
 ما يجتد التنبيه العصبي من الاعصاب الحسية للرحم المريض الى اعصاب آخر
 ومن ذلك تحصل آلام عصبية في أعضاء أخرى بعيدة بل اضطرابات تشنجية
 ونحو ذلك وجميع هذه الاعراض توجد في الغالب مدة اليوم الاول من
 الحيض ثم تزول في اليوم الثاني او الثالث زوا لا كليا وقد يحصل ذلك بكمية
 منتظمة كل مرة بحيث ان بعض النساء يلجئ للمكث في الفراش كل أول يوم
 من الحيض وفي أحوال أخرى قد تستمر المكابدات التي تشاهد في الاحوال
 المذكورة مدة الحيض بتمامها وليس من البعيد عن العقل ان الاكلام في
 الحالتين المذكورتين تنبع عن انقباض تشنجي في فوهة الرحم وعن انقباضات
 شبيهة باكلام الطلق فيه واما الشكل الثاني أي شكل عسر الحيض الاحتقاني
 فيسبق حصول النزيب فيه اعراض احتقان شديد نحو اعضاء الحوض
 وامتداد في قوة انقباض القلب واحتقان شديد في الرأس وحركة جية
 عومية وجميع هذه الاعراض يحصل فيها تلطيف عظيم متى حصل خروج
 دم الحيض بكمية غزيرة وذلك يتم عادة في اليوم الثاني أو الثالث وهذا
 الشكل لا يوجد فقط عند النساء ذوات الامتلاء الدموي بل كثير اما يشاهد
 أيضا عند النساء ذوات البنية الضعيفة الانميالية ومن العمر الحكم به هل
 يكون في هذا الشكل احيانا عسر انفجار احدي حويصلات جراف
 السكائية في باطن المبيض او المغطاة بطبقة بر يتونية متكاثفة سببها حفظ
 احتقان الاعضاء الحوضية زمنا طويلا وارتقاؤه الى درجة عظيمة وباشتداد

الاحتقان في الرحم قد يحصل نضج بين الغشاء المخاطي وجوف الرحم
فينفصل الغشاء المخاطي على هيئة ندف صغيرة او عظيمة وتنقد الى

الخارج

وعسر الحيض العسبي يتجأ في معالجته لاستعمال المخدرات من الباطن أو
على شكل حقن أو بالحقن تحت الجلد بالاورفين وذلك خلافا لمعالجة المرض
الاصلي وامامى الشكل الاحتقاني لعسر الحيض فيوصى بارسال العلق
ويندر فيه الانجباء الى القدم من الاوردة الذي كان يفعل سابقا بكثرة
من أوردة القدمين

(تنبيهه) قد استعمل بكثرة في العصر المتأخر مع الفجاح توسيع
عنق الرحم توسيعا ميكانيكيا بواسطة مر او دم الاسفنج المجهر واقطعه
بالسلاح بواسطة الآلة المماسة بقاطعة الرحم فيما اذا كان عسر
الطمث ناتجا عن تضيق في هذا الجزء

(المبحث التاسع في القيلة الدموية خلف الرحم)

القيلة الدموية خلف الرحم تنشأ عن انسكاب دموي يحصل في اثناء
الطمث اما سائبا في تجويف البطن او في المنسوج الخلوي تحت الطبقة
المصلية للحوض سيما بين وريقتي الاربطة العريضة للرحم وفي الحالة الاولى
يقرب للقلل ان حويصلة جراف المفزقة تكون مجلسا للزيف غزير غير طبيعى
بمحيط ينسكب الدم في تجويف البطن بلا واسطة وفي الحالة الثانية يظهر ان
الزيف ينشأ عن ثغرى في احد الاوعية الكاثن في المنسوج الخلوي تحت
البريتون فكما ان الاحتقان التواردى الشديد في الاعضاء الحوضية
الذى يصاحب انقذاف احدى البيضات النضجة يؤدى في الحالة الطبيعية
احيانا لثغرات وعائية في الغشاء المخاطي الرحمي وانسكاب دموي في تجويفه
فكذلك قد ينتج عنه بتأثير بعض الاسباب غير المعلومة لنا انسكاب دموي
في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلى للاعضاء التناسلية الباطنة

ومن مندا ما شفى من المدايريت في حالة مرضية من الاحوال التي شاهدها
في السنين الاخيرة القيلة الدموية خلف الرحم وتتحقق لى هذا التخصيص

من الراحة التامة عقب خروج الدم بكمية عظيمة من المستقيم كما كدعندي
 ان هذا المرض ليس بنادر كما زعم كثير من المؤلفين ولا اشك في ان معظم
 الاحوال التي كنت اشخصها عند النساء الحائضات بالتهاب البريتوني
 مبين مع نضج متكبر كانت ناتجة عن انسكاب دموى في تجويف
 الحوض أو في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلي أعنى عن قيلة دموية
 خلف الرحم والاحوال التي شاهدها كانت عند شبانات معتبرين من
 مندرسين اضطراب الحيض اما على صفة المكابحات الطمئية الشديدة
 أو على صفة الفقد الدموي المستمر المستطيل والذي يظهر طبقا للمشاهدات
 غير ان هذه القيلة يكثر وجودها في مثل هؤلاء الشابات دون النساء اللاتي
 يحضن بدون مكابحات مع فقد قليل من الدم
 (الاعراض والسبب)

أعراض هذه القيلة هي عين اعراض التهاب البريتوني الناشئ من
 الاعضاء الحوضية ذوى السير تحت الحاد والمنتشر في البريتون كثيرا أو قليلا
 وقد يسبق الآلام البريتونية الشديدة التي ترتقي الى درجة غير مطابقة بأقل
 ضغط احساس بضغط وتآلم في الجزء الفائق من تجويف الحوض والحمى
 المصاحبة لذلك تختلف شدتها ولا ترتقي الى درجة عظيمة جدا ومن النادر ان
 تبدأ بنوبة قشعريرة واحدة شديدة بل الغالب ان تتكرر القشعريرة في
 اثناء سير هذا المرض عدة مرات والعرض الملازم هو تعسر البول وكثيرا
 ما يحدث بالكلية بحيث ياتجأ الى استفراغ المثانة بواسطة القساطير جملة أيام
 متوالية وكذا التبرز يكون عسرا وكثير من المرضى من يشتكى بغثيان وتوهم
 أو يعثره في مستعص يحصل كلما تعاطت المريضة ولو قليلا من المشروبات
 والمطعومات فان شوهدت هذه الاعراض عند امرأة في اثناء الطمث أو
 عقب انقطاعه بقليل أمكن مع التقريب شخص من القيلة الدموية خلف
 الرحم والذي يقرب التأكد من ذلك هو البحث الموضعي فان تبصر فعل ضغط
 عميق على تجويف البطن في جزئه السفلي عثر الطبيب على ورم محدود أعلى
 العانة لا يكون عادة على الحمة المتوسطة بل مائلا لاحدى الجهات وعظم
 هذا الورم يختلف وكثيرا ما يمكن العثور بجواره في الخط المتوسط على قاع

الرحم المندفع الى اعلى وبالبحث من المهبل يوجد الجزء المهبل من الرحم
مرتفعاً الى اعلى ومتقارباً من العانة ويوجد في القبوة الخلفية من المهبل ورم
متوتر من املس يمكن التماسه عند البحث السطحي بقاع الرحم المنهى الى
الخلف وهذا الورم يمكن تحديده من احدى الجهات زيادة عن الاخرى
والعلامات الاكثر تشخيصاً تستنتج من البحث من المستقيم اذ بذلك لا يخفى
على الطبيب وجود ورم املس من بين المستقيم والرحم دافع لهذا العضو
نحو العانة

وسير هذا المرض يختلف بحسب ككون الانسكاب الدموي يمتص تدريجاً
أو يستفرغ من ذاته أو بالصناعة ففي الحالة الاولى يحصل الخطاطى الآلام
بعد قليل من الايام لسكها لا تزول بالسكية بل تستمر مع اختلاف شدتها
جدة أساييس حتى تزول بالسكية مع تناقص في حجم الورم وفي الاحوال التي
شاهدتها وجد التهاب رحي نزلي شديدي اثناء هذا الزمن مع استفرغ افرار
في مختلط بالدم احياناً وأمان حصل ثقيب في المستقيم أو في المهبل أو
استفرغ الدم بالصناعة من احدى هذين العضوين فان كلاماً عن مكابدات
المرضة والورم يزول دفعة واحدة ومن النادر ان يؤدي الانسكاب الدموي
لتعيق في الاجزاء المحيطة به وتكون خراج

المعالجة - في معالجة القبوة الدموية خلف الرحم يتبني ابتداء الاعتناء
بمقاومة الالتهاب البريتوني المتعلق بالانسكاب الدموي حيث لم تكن
هنا وسائل معلومة بها يمكن احداث سرعة في امتصاص الدم المنسكب
فارسل العلق مرة أو جملة مرار على حسب الاقتضاء وكذا استعمال
الضمادات الفازرة غير الثقيلة على القسم الخشلي والانتفاخ الى استفرغ
المثانة والمستقيم يكفي في احداث الانتهاء الجيد لهذا المرض في اسبوعين
او اربعة وقد أوصى بعض المؤلفين لسرعة استفرغ الدم بيزل قبوة المهبل
بالبارزة رفيعة لكن بهذه الكيفية يمكن احداث فساد في الدم الباقي
وتقرح في الاجزاء المحيطة ان لم يلتفت جداً الى منع دخول الهواء

(تنبيه) يوصى في هذا المرض كذلك عند استقرار التزيف او ترده
زيادة عن الراحة التامة باستعمال الوضعيات الجلدية على البطن او في

المهبل مع تعطى محلول فوق كلورور الحديد او الحفن تحت الجلد بمحلول
الاربوتين وعند وجود آلام شديدة يستعمل الحفن تحت الجلد بمحلول
المورفين وعند طرواظواهر التهابية تستعمل المعالجة الثلاثة بالالتهاب
البريتوني الجزئي بان تعطى المركبات الافيونية لاجل ابقاء الحركات
المهوية الطبيعية وعند تناقص الالتهاب يجتهد في ازالة الامساك بواسطة
الحفن الملمنة ونحو ذلك ولا ينبغي زل الورم الا عند وجود اعراض شديدة
خطرة ولم يكن هناك أمل في امتصاص الدم مع ما سبق ذكره من
الاحتراس من عدم دخول الهواء واما ان حصل تقبج فينبغي فتح الورم
بشق عرضي واستفراغه استفراغا تاما وغسله بواسطة الحفن بسوائل
مافعة لتنظف من المهبل

(الفصل الثالث في امراض المهبل)

لا تسكلم في هذا الفصل الاعلى التهاب هذا العضو واما التغيرات الخلقية
للمهبل والتولدات الجديدة المرضية فيه وغير ذلك من امراض هذا العضو
فشرحها بكتيب الجراحة فلا تتعرض لها

(المبحث الاول في التهاب المهبل التزلي الزهري)

(المعروف السيلان الزهري المهبل)

ما قيل في كيفية ظهور السيلان المجري الزهري عند الرجال واسبابه يقال
هنا في السيلان المهبل الزهري عند النساء وهذا الالتهاب لا يمكن تمييزه
تميزا تشريحيما عن التهاب التزلي الغير الزهري لهذا العضو وانما يميزه
بسببه ومنشأه ولا ينتج هذا المرض عن الافراط من الجماع او اسباب مهيبة
اخر وانما ينتج عن العدوى بالدم السيلاني الزهري

(الصفات التشريحية)

المجلس الاصل للالتهاب السيلان الزهري عند النساء هو الغشاء المخاطي
لفرج والمهبل ويندر أن يمتد هذا الالتهاب الى الغشاء المخاطي الرحمي ويكاد
أن يمتد في جميع الاحوال الى الغشاء المخاطي المجري عند النساء ومعرفة
ذلك مهمة جدا في تشخيص هذا المرض وبشاهد في الغشاء المخاطي ابتداء

جميع التغيرات الخاصة بالتمابات التزلية الحادة الشديدة وفيما بعد التغيرات
الخاصة بالانتهاك التزلية المزمنة والسيلان الذي يكون في ابتداء هذا
المرض قليلا يصير عادة فيما بعد غزيرا قويا يجرى بها بحيث يتسلخ منه الفرج
والجلهة النسبة من الغلظين وليس له وصف نوعي خلاف كونه حاملا للاصل
المعدى

* (الاعراض والسير) *

الظواهر الابتدائية التي يتضح بها السيلان المهبطي الزهري هي الاحساس
بكالان وحرارة متزايدة في الاجزاء التناسلية وسيلان مادة مخاطية قليلة منها
وهذه الظواهر لا يعتنى بها في الابتداء عادة ثم بعد بعض ايام من ابتداء
ظهور هذا المرض يحس بالام شديدة محركة في الاعضاء التناسلية وارتفاع
في الشفرين العظامين وحرقان عند التبول لكن يندران تصل هذه الظواهر
الى درجة عظيمة جدا بحيث تعوق مشى المرضى والقعود وحركات الجسم
والافراز الذي يكون في هذا الدور اصفر مخضر امتكاثا فيها كثيرا يخرج
بكمية غزيرة من بين الشفرين ويوجد في نفس الفرج والاجزاء المحيطة به
الى الاسف تقرحات سطحية لا ينفى اختلاطها بالتفرحات الزهرية الرخوة
وعند الضغط على قناة مجرى البول يخرج من فوهتها على الدوام سائل فحشي
ثم بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع تتناقص الآلام ثم تزول بالكابة والسيلان
يفقد ايضا هيئته الفحشية لكن يستمر زمانا طويلا حتى انه يكتب هبثا
الا فز المخاطي ويفقد الخاصية المعدية

المعالجة المعالجة الموضوعية التي فضلناها من المعالجة الباطنية في السيلان
المجرى عند الذكور هي الوحيدة المستعملة في السيلان المهبطي عند النساء
فانما نرى تأملنا لمجلس السيلان الزهري عند النوعين سهل علينا معرفة
منفعة تأثير بلسم السكوباي والكبابه الصيني عند الرجال دون النساء
حيث ان العناصر المؤثرة تلك الجواهر تخرج مع البول وفي ابتداء هذا
المرض ما دامت الاعراض النهائية والآلام شديدة يوصى بالحمية
واستعمال المسهلات والحمامات الباردة الجلوسية المستطيلة ووضع في

انتمائها المنظار المهبل متى لم تمنع الاكلام من ذلك ومتى زالت الاعراض
الانتهائية يوصى باستعمال الحقن من محلول نترات الفضة أو التينين أو
الشب أو الزنك أو خلاص الرصاص والحقن المستعملة بكثرة مع الفجاح التام
هى ما اوصى بها المسلم ريكور وهى مركبة من خسلان الرصاص المتباور
ثمانية جرامات ومن الماء نهمائة جرام اعنى ثلاثة دراهم على رطلين
وهو ضاغن استعمال الحقن بهذا السائل ينبغي صبه فى منظار من الزجاج
الاعتيادى بعد ادخاله فى المهبل ثم يجذب بالتدريج بحيث يلامس هذا
السائل جميع اصفار المهبل وفى الاحوال المستعصية يوصى بوضع سدادات
من النسالة المذكورة عليها مصق الشب فى المهبل او من الغشاء المخاطى
من هذا العضو بمحلول نترات الفضة أو يقرن من الحجر الجوى الصلب
ولزيادة الايضاح راجع معالجة السيلان المهبل البسيط فى المبحث الاخير

(المبحث الثانى فى الاتهاب المهبل على التزلى البسيط)

(المعروف بالسيلان المهبل البسيط او الايض)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كل من المعلم ككوليكرو واسكسوفى الذى بحث عن افراز الغشاء
المخاطى المهبل فى الحالة الصحية والمرضية بحثا جيدا وجد عند قليل من
النساء وبالأخص عند من لم تلدهن ولم تتجامع الاة ابلا افرازا طبيعيا
وكان هذا الافراز قليلا جدا حتى ان سطح الغشاء المخاطى يبقى فى حالة
تندبة وانزلاق منه وخواص هذا الافراز تكون على الدوام حمضية ولم
تحتو على عناصر متشكلة سوى قليل من الاخلية البشرية ثم قبل الحيض
بقليل وبعبده يكون هذا الافراز غزير المستوى السيولة وذا خواص حمضية
على الدوام ومشملا فى هذا الزمن على كمية عظيمة من اخلية بشرية ومختلطا
ولو بعد زوال الطمث بكمية عظيمة أو قليلة من كرات دموية مادام لونه حمرا
وأما فى الاصابات التزلية فوجد كل منهما ان الافراز المتجمع فى قاع المهبل اما
ذو صفة مائعة كالبن أو كصفه صففر وكلما كان هذا الافراز قليل الشفافية
مبيضا أو صفرا كلما كثرت فيه الاخلية البشرية والاخلية الجديدة (وهى

الجسيمات المخاطية أو القيحية) وكذا الحيوانات النقية التي استكشفتها
دوني وسماها بالتريكوموناس المهبلي وكذا أيضا بعض احيطة فطرية
وخلية فانضح من ذلك ان كلام المؤلفين السابق لم يعثر على وجود افراز
مخاطي مهبلي صحي الا نادرا فيستنبط من ذلك ان الحسالة النزلية للغشاء
المخاطي المهبلي اكثر الامراض انتشارا عند النساء واكثر الاسباب انتاجا
لهذا المرض هي التيج اللاواسطي للمهبل عند الافراط من الجماع ومع ذلك
فكثيرا ما ينجم هذا المرض عن اسباب أخرى ذكرناها عند الكلام على
اسباب التهاب الرحم النزلي ومما يفسد به ان الالتهاب النزلي المهبلي
كالتهاب الرحمي النزلي كثيرا ما يتعلق باضطرابات بنينية اكثر من تعلقه
بتهيجات موضعية - ويستنتج من اعتبار الاسباب المقمة لهذا المرض ان
النزلة المهبلية نادرة الحصول في سن الطفولية وهذا عين الواقع بقطع النظر
عن الاحوال التي فيها يسبح الدود ذو الذنب الدقيق (أو الوناب) من المستقيم
الى المهبل ويحدث فيه تهيجا شديدا

(الصفات التشريحية)

في الالتهاب النزلي الحاد يوجد الغشاء المخاطي المهبلي شديدا احمرار منتهجا
مسترخيا بارشا وفيه في كثير من الاحوال ارتفاعات عديدة صغيرة تكسب
سطحه هيئة جبببية وليست هذه الارتفاعات عبارة عن تمدد في اجربة
المخاطية كما كان يظن سابقا بل انها تنشأ عن انتفاخ الجسم الحلمي المخاطي
وهذه التغيرات تكون تارة منتشرة في جميع سطح المهبل وتارة فاصرة على
بعض اجزائه والافراز يكون في الابتداء قليلا لكن عما قليل يصير غزيرا
هكرا كثيرا او قليلا

وفي الالتهاب النزلي المزمن يظهر جدار المهبل مسترخيا ولون
سطح الغشاء المخاطي يكون احمر ضارقا بدرجة متفاوتة ونفس السطح يكون
كثير التعصب بزيادة عما في الالتهاب النزلي الحاد والافراز يكون تارة لبنيا
وتارة مصفرا كثيفا واسترخاء الغشاء المخاطي كثيرا ما يؤدي السقوط
لاسيما سقوط الجدار المقدم من المهبل

*** (الامراض والسير) ***

تشتكى المرضى كذلك في الالتهاب المهبلى التزلى الغير الزهرى متى كان حاداً
بأكلان وآلام محرقة في الاعضاء التناسلية لكن حيث ان قضاة بجرى
البول تبقى مصونة عن الاصابة بهذا الالتهاب التزلى تفقد الآلام عند
التبول وعلى كل حال فكابدات المرضى لانه كادت تكون مطلقاً شديدة
صعاباً في الالتهاب المهبلى الزهرى وفي التهاب المهبلى التزلى المزمن
يسكون سيلان الافراز الغير الطبيعى أهنى السيلان الايضى المهبلى هو
العرض الوحيد لهذا المرض ويكون هذا السيلان آتياً من المهبل أو من الرحم
لا يقطع به الا بعد البحث بالنظار وكثير من النساء يعمل فسد هذا السيلان
بدون أدنى ضرر وأخيراً يحصل لهن منه امراض انفية وتلون وبخز أجدهن في
الوجه وضعف في القوى ولعانة

المعالجة - التزلات المهبليّة كثيراً ما يكون ينبوهها احوال مرضية عمومية
أو موضعية أخرى بحيث ان اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية يكفي في كثير
من الاحوال في الشفاء التام على انفراد ومانع التكرار يراجع ما ذكرناه
في المعالجة السببية للالتهاب الرحمى التزلى - وأما المعالجة الموضعية
افصوصى فيها عند ما يكون الالتهاب المهبلى حاداً شديداً فاتباع ما ذكرناه في
الالتهاب المهبلى الزهرى والمعالجة الموضعية لاسيلات المهبليّة المزمنة
تستدعى على الخصوص غسل الغشاء المخاطى المتراكم عليه الافراز المرضى
المهبلى بواسطة الحقن بالماء الاعتيادى أو ماء الرصاص أو بماء امس أو غيره
من المياه القلوية بواسطة محقنة ذات ملبة ونبغى ان يكون السائل فاتراً
ابتداءً (اى في حرارة الدم) ثم تنخفض درجة حرارته شيئاً فشيئاً بحسب
حساسية المريض الى ان يصير بارداً وكذا الحمامات الجلوسية الباردة (مع
استعمال المناظر المهبليّة المثقبة ان أمكن) لها منفعة عظيمة في هذا
المرض وفي الاحوال المستعصية لا تكفى هذه المعالجة البسيطة المنطقة بل
تحتاج الحال لاستعمال الحقن القابضة المتكررة كل يوم واحد أكثرها
استعمال الحقن بمحلول النينين (خمس جرعات الى خمسة عشر على
رطل من الماء) وكذا الحقن بمحلول الشب أو كلورور الحديد أو سلفات

الحارصين او النحاس وكذا بمطبوخ قشر البلوط او الراتانيساو بمحودك ومن
الجيد عند استعماله هذا المرض زمن طويلا استعمال تلك الجواهر على
التعاقب وفي الاحوال المستعصية يوصى كذلك باستعمال سدادات
مستطيلة اسطوانية من القطن أو الاسفنج توضع مدة من الساعات او طول
الليل جملة ايام متوالية وتسكون هذه السدادات مدهونة بمرهم التينين او
الشب (يقدر ٣ جرامات على ١٥ جراما الى ثلاثين جراما من الشمع او
الجليسرين) وقد يتعسر للبرصة تعلم وضع تلك السدادات الاسطوانية باليد
واخراجها بل وقد يستعمل التينين استعمالا موضعيا على صفة الشباف
المهبلية (بان يؤخذ من التينين ٢٥ جراما ومن زبدة السكاكا ٣٠ جراما
ويعمل من ذلك شفاف) وفي الاحوال المستعصية لا ينبغي علينا الا السكى
السطحي للغشاء المخاطي المهبل والجزء المهبل من الرحم بواسطة قلم من الحجر
الجهنمي او هو الاجود ممها بفرشه مبتلة بمحلوله المركز (جزء على ثلاثة
اوار بصة من الماء المقطر) فان المس يعم سطح الغشاء المخاطي ويكرر المس
بهذه الصفة كل ثمانية ايام اوار بعة عشر وفي المعالجة الموضعية لكل التهاب
مهبل نزل ينبغي التأكد من كون قناة عنق الرحم او تجو بفسه مصابا ام لا
حتى يصير التعويم في المعالجة بالمس

(المبحث الثالث في الالتهاب المهبل ذي الغشاء الكاذب والدفترى)
التغيرات الاتهابية الغشائية والدفترية الكثيرة الحصول في اثناء سير
الحيمات النفاسية نادرة الحصول في غير هذه الحالة وتتعلق اما بمؤثرات
مضرة تؤثر تأثيرا موضعيا او بامراض بنية فمكمل من افراز السرطان
الرحمي المتقروح والبول الذي يسيل على الغشاء المخاطي المهبل دائما في
احوال الناصور المثاني المهبل والفر زج المهبل في الموضوع وضعها غير
لائق ووليوس الرحم الممتد في المهبل يمكن ان يؤدي لالتهابات غشائية
اود قشرية في الغشاء المخاطي المهبل كما يشاهد ذلك أيضا في الادوار الاخيرة
من النفوس والهضة والحصة والجندي مع التهابات غشائية اود قشرية
في الغشائية مخاطية اخرى وغالبا تسكون فقط بعض اجزاء الغشاء المخاطي
المهبل مغطاة بالغشائية كاذبة أو مستعصية الى خشك يشبه دفترية و يظهر

الغشاء المخاطي في محيط تلك المحال أحمر داكننا و بعد انفصال
 الخشكر يشه بخلف ذلك فقد جوهه غير منتظم يكون اما سطحيا أو غائرا نحو
 الباطن والاعراض التي تعلق بمحصل هذا المرض هي الآلام الشديدة
 في الأجزاء التناسلية والسيلان الذي يحصل عما قليل من الأيام ويكون
 مدعما غالبا كره الرائحة لكن بالبحث الموضعي يتأكد من هذا المرض
 وفي الأحوال التي فيها يكون سبب هذا الالتهاب الفرزج العظيم أو المنتن
 يكفي تبعيده واستعمال الحقن الفائرة ابتداء ثم الباردة القابضة وكذا
 يزول هذا المرض بسهولة متى استؤصل بوليبيوس الرحم الممدد للهبسل ثم إذا
 عظميا واما الأحوال التي فيها يكون هذا المرض ناتجا عن سرطان متفرح أو
 ناصور هبلي فيقتصر فيها على استعمال معالجة مسكنة واما شكل هذا
 المرض الذي يطرأ أثناء سير الأمراض التجمسية فيمكن فيه حفظ
 النظافة حيث انه يزوال المرض الأصلي يزول هذا المرض التاجي عادة



في امراض المجموع العصبي

(الفصل الاول في امراض الدماغ)

(المبحث الاول في احتقان الدماغ وأغشيته)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

طالما بقي الامر منبهما من كون الاوعية الدموية السائلة في تجويف الدماغ توجد في الجثة نارة ممثلة بالدم وتارة خالية عنه فقبل ان كمية الدم المحتوى عليها تنجوى بالجثة المتعلق في كل شخص تام الفول لا يمكن ازديادها ولا تناقصها بل تكون دائما على حالة واحدة فلا يتصور حصول انيميا الدماغ او احتقانه الا اذا حصل تزايد في جوهره أو تناقص فيه أعني ضخامة أو ضمور كانت هذه النظريات من جهة مؤسسة على اعتبار ان الدماغ عضو غير قابل للانضغاط أو الاقل ليس قابلا لذلك من الضغط الذي يعتريه من متصل الاوعية الدماغية ومن جهة أخرى على اعتبار ان هذا العضو منصرف في جدر غير قابل للتدد فعل ذلك لا يمكن ان يهرع الى تجويف الججمة كمية من الدم الا بقدر ما يستفرغ منه والعكس بالعكس وخطأ هذا الاعتبار بين فانه مبني على انما احتوت عليه الججمة هو السهايا الدماغية وجوهر الدماغ واهيته الدموية وموصلها فقط بدون اعتبار السائل الفقري الدماغى فان هذا السائل الذى هو عبارة عن مجرد ارتشاح يمكن ان يتزايد أو يتناقص بسرعة أو يندفع الى القناة النخاعية التى هي ليست محاطة بجدر تامة الصلبة وفى الحقيقة يمكن بواسطة الصفات التشرىحية التحقق من عدم التناسب دائما بين كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ وكمية السائل الفقري الدماغى بمعنى أن امتلاء اوعية الدماغ بالدم امتلاء عظيما يعبه تناقص فى كمية السائل الفقري الدماغى السائل تحت العنكبوتية والعكس بالعكس بمعنى ان فراغ الاوعية الدماغية من الدم يصطبغ بتزايدى السائل المذكور بحيث توجد حالات المنسوج الخلوي تحت العنكبوتية مماثلة بكمية عظيمة من سائل مصلى وانما يمكن اذا كان الدماغ

في حالة ضمور أن يوجد مع امتلاء الاوعية الدموية أو ذيما في السحايا
الدهنية ويكفي أقل تناقص في متسع تجويف الجمجمة كما ينشأ ذلك عن
انسكاب دموى أو ورم في الدماغ أو تجمع مادة مصلية في الجيوب الدماغية
حتى يشاهد مع انقباض الدماغ جفاف في أغشيته وانحسار الميازيب بين
التعرجات الدماغية

ثم ان تقسيم احتقان الدماغ الى متعدى وقاصر أو الى تواردي واحتباسي
طبقا للتنمية المطردة مهم لامن حيثة سهولة الدراسة فقط بل من حيثة
الطب العملي أيضا فان كلامنا عن امراض هذين الشكلين يتميز عن الآخر
فالاحتقان التواردي للدماغ ينشأ عن أسباب منها ازدياد فعل القلب وهو
وان نتج عنه ازدياد في امتلاء الشرايين لا بدوان ينتج عنه تناقص في امتلاء
الاوردة أيضا بحيث ان كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ ولغائفه لا تزداد
بازدياد فعل القلب لكن ازدياد الضغط الباطني في الشرايين يؤدي لازدياد
في امتلاء الاوعية الشعرية وبهذا الاخير يتعلق بقاء وظائف الدماغ
وتغذيته على الحالة الطبيعية وعدمه لا بكمية الدم المحتوية عليها بل بدوام
الشرايين الدماغية وهذا الشكل من احتقان الدماغ يحصل وقتيا من ازدياد
فعل القلب السليم وشدة انقباضه كما يشاهد ذلك في الاحوال الحمية
والتهيمات الجسمية والعقلية العظيمة ويكفي ان يعتياد باعتدال ازدياد فعل
القلب الضخم وانقباضه لكن لا يحصل هذا الا متى كانت مضامة القلب
مرضا قائما بنفسه او انضمت لعابق دوري وصارت عظيمة جدا زيادة عن
مكافأته لهذا العابق والمضامة البسيطة غير المضاهفة لا تحصل بكثرة
ولا تسكاد تشاهد الا عند الشرايين في الاكل والمشغولين دائما بشغال
جسمية شاقة واما المضامة القلبية العظيمة جدا الزائدة عن مكافأة
العابق الدوري المنضمة اليه فكثيرة المشاهدة ومن هذا القبيل المضامة
العظيمة للبطن الا بمر عند عدم كفاية غلق الصمامات الاورطية والمضامة
القلبية التي تصير احيا نا عظيمة جدا المصاحبة لادبريكت ومنها ان
الاحتقان الدماغى التواردي ينشأ عن تناقص في قوة مقاومة الاوعية
الاتية بالدم الى الدماغ سواء كان التناقص وراثيا او عارضا ويقال على

العموم في الأشخاص ذوي الشرايين الدماغية القليلة المقاومة الرقيقة
الجلد بحيث يكون تحملها لضغط الدم المتزايد أقل من شرايين باقي اجزاء
الجسم والذين يحصل عندهم احتقان دماغي تواردي شديد كلما ازداد فعل
القلب ولو قليلا بانهم مستعدون للاحتقانات الدماغية بكثرة ومنها ان
الاحتقانات الدماغية تحصل بكثرة من ازدياد الضغط الباطني في الشرايين
السباتية عقب عوق استفراغ دم الاورطي في الجذوع الاخرى الخارجة منه
واوضع مثل ذلك الاحتقان الدماغي التغمي التواردي الجانبي الذي ينشأ
عن تضيق الاورطي وانسداده في محل انفتاح القناة الشريانية لنوات
وكثيرا ما يحصل هذا الاحتقان عقب انضغاط الابهر البطني وتفرغاته من
الاحشاء البطنية المتقدمة او من وجود تجمع مصلى او انسكاب التهابي
في تجويف البطن وعوق الدورة في سطح الجلد مسددة دورة الشعيرة
في الحلمات المنقطعة وتأثير البرد الشديد في سطح الجلد يؤدي الى حصول
الاحتقانات الدماغية التواردية التغمية الجانبية وذكر المعلم وستون
ان كثير من الأشخاص ارباب الاشغال الشاقة يحسهم العس سكارى
في الليالي الباردة فيقبض عليهم في الطرق وليسوا كذلك بل مصابون
باحتقانات دماغية من تأثير البرد واضطراب الدورة الجلدية الناتج عنه
وما يقرب للعقل ان المجهودات العضلية الشديدة ينتج عنها ازدياد احتلاء
الشرايين السباتية واحتقانات دماغية تواردية تابعة بسبب ضغط
العضلات المنقبضة على الاوعية الشعرية وعوق الدورة في الاطراف ومنها
ان الاحتقان المذكور ينشأ عن شلل الاعصاب الوعائية في جدران وعية
الدماغ فان التجارب الفسيولوجية دلت على ان قطع الجزء العنقي من
العظيم السباتي يعقبه تمدد في اوعية نصف الرأس المسامتة ويظهر ان
لتعاطي المشروبات الروحية او بعض السموم وكذا الانفعالات النفسية
والافراط من الاشتغالات العقلية تأثيرا مماثلا لما ذكر في اوعية الدماغ فانها
تحدث تنوعا في التأثير العصبي الواقع على جدران الاوعية الشعرية فتزيد
في اتساعها وبذلك يزداد توارد الدم الى الدماغ وبه توجه الظاهرة النادرة
الحصول وهي موت بعض الأشخاص فجأة من شدة الحزن والفرح مثلاً

وبالجملة فينشأ الاحتقان الدماغى التواردى من ظهور هذا العضو وسبب منحه
فيماساى ان نوع هذا الاحتقان هو السبب فى كثير من الغزقات الوعائية
الدماغية وفى أغلب نكسات السكتات الدماغية ومن الجائز ان ظهور
الحادى الدماغ الذى يحصل مدة المقاهة من الامراض الثقيلة المستطيلة
والقصد الوعائى السابى هما السبب فى حصول الاحتقانات التواردية
فى الدماغ

وأما الاحتقانات الدماغية الاحتباسية فتنشأ عن عدة أمور منها انضغاط
الاوردة الودجية والاجوفية العليا وأوضع شكل لهذا الاحتقان هو ما ينشأ
عن احتباس الدم فى الدماغ عقب الخنق وزيادة عن ذلك فقد تنضغط
الاوردة الودجية بواسطة الاورام الدرقية العظيمة أو العقد الليفاوية
المتنفخة كما ان الوريد الاجوف العلوى قد ينضغط بواسطة انبرزم الاورطى
ومنها حصول الاحتقانات الدماغية الاحتباسية بواسطة مجهودات الزفير
الشاق جدا عند تضيق المزمار كما يحصل ذلك من السعال الشديد
أو الزحير العنيف أو التنفخ فى الآلات الموسيقية فانه بهذه المجهودات
يحصل عوق فى استفرغ الدم فى الصدر كما سبق ذكره مرارا فلا يرد
فى الدورة الصغرى الا قليل من الدم فتتلقى اوعية الدورة العظمى
وفى مثل هذه الاحوال يحصل احتقان عظيم جدى الدماغ زيادة عن باقى
الاعضاء الحشوية للدورة الكبرى كالكبد والطحال والكليتين فان عوق
استفرغ الدم فى الفقرة العليا من الصدر يكون اعظم من استفرغ
من الفقرة السفلى وزيادة عن ذلك فان الاعضاء الغددية البطنية يعثرها
نفس الضغط الواقع من انقباض العضلات البطنية الذى يعثرى اوردة
الصدر والقلب ومنها حصول هذه الاحتقانات من جميع آفات القلب
التي ينتج عنها تناسق فى فسله وقوته ان لم تصعب بتغيرات مرضية ذات
فعل مضاد أو معادل لها ففى احوال عيوب عملمات التدهاوىف اليسرى
من القلب غير المتعادل وان لم تزد كمية الدم المحتوية عليها اوعية الدماغ
وأخشيته لانه مع ازدياد امتلاء الاوردة تكون الشرايين قليلة الامتلاء
لابد أن يعوق امتلاء الاوردة استفرغ الدم من الاوعية الشعرية وبذلك

يحصل الاحتقان الشعري وهذا هو المهم كما ذكرنا وأشد الاحتقانات الدماغية في المرحلة ما يشأ عن عيوب مما مات العجاويف التي من القلب اذ في مثل هذه الاحوال لا يحصل فقط مجرد هوق في استغراق الدم الوريدي من الدماغ بل ان كمية الدم المحتوى عليهم تنجويف الجبهة بتزايد يسعها ومنها ان حصول هذه الاحتقانات لا يندرج من انضغاط الاوعية الرئوية أو تلاشيها في مثل هذه الاحوال الاخيرة التي تحصل عقب الانفجار الرئوية وسير وز الرئة والانسكابات البلورية العظيمة يصكون احتقان الدماغ مصاحبا لاحتقان غيره من الاعضاء الحشوية ومتعلقا مشله بامتلاء اوعية الدورة العظمى و فراغ الدورة الصغرى

وبالجمله فلنذكر شكلا آخر من الاحتقانات الدماغية التي ابست صفاتها كباقي صفات الاحتقانات التواردية والاحتباسية ومعرفه هذا الشكل مهمة في الطب العملي وذلك لتجنب حبه ولها فتن يوجد عندهم تغير مرضي في الاوعية الدموية ومستعدون للسكنة الدماغية اعني شكل الاحتقان الذي هو ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي العام الوقي الحاصل من الافراط في المطاعم والمشارب

* (الصفات التشريحية)*

من العسر غالبا عند فعل الصفات التشريحية معرفة كون السهايا أو الدماغ وهي أشد عسرا هل كانت ممثلة بالدم مدة الحياة زيادة عن الحالة الطبيعية أم لا فكثيرا ما يوجد في قوائم الصفات التشريحية خطأ بين من هذا القبيل فان الاطباء المقرنين على الصفات التشريحية الذين لا يعتبرون الا اوعية الممثلة الموجودة في الاصغار المتصدرة من الدماغ بدون اعتبار عظم هذا العضو بقامه يظنون في شكل صفة تشريحية ان الدماغ وأغشيته في حالة احتقان كما انه لا يبعد الوقوع في خطأ آخر ولانه ينسدر فعل صفات تشريحية من الاطباء في جثة بعض الامراض الذين لم تنقص منهم كمية الدم وتلاشي بواسطة الامراض الحمية المستطيلة ولذلك يعتبرون ان كمية الدم الطبيعية الموجودة في الدماغ عند الموت الفجائي في بعض السليمين مرضية لطبيعية وان احتقان الدماغ هو السبب في الموت وكلما كان انقراض الدم

في الاوعية أقل وكان هر وده نحو الاوردة مدة النزح تاما كال وقوع في هذا الخطأ كثر حصولا فكثيرا ما يظن في مثل هذه الاحوال ان سبب الموت هو الاحتقان الدماغى أو الرئوى مع انه في الحقيقة هو شلل القلب أو هوق دخول الاوكسجين في الرئتين ولاجل تجنب الوقوع في مثل هذا الخطأه الاخير ينبغى اعتبار كمية الدم المحتوى عليها في الجسم ومن جهة أخرى يعتبر احياها وجود أثر الاحتقانات الدماغية في الجثة مع انها ولا بد كانت موجودة مسدة الحياة بل قد يوجد الدماغ في مثل هذه الاحوال باهتا خاليا عن الدم ولو ان سبب الموت فيها ~~كان~~ احتقان هو الاحتقان الدماغى وذلك يحصل من الاحتقانات الدماغية التى فيها يوجد تمدد في الاوعية الشعرية من تخرج الدماغ فان مثل هذه الاحتقانات يشتد خطرها بسبب الارتشاح المصلى الذى يحدث من جدر الاوعية وحصول الاوذىما الدماغية تبعاله وبهذه المثابة يمكن ان تنضغط الاوعية بحيث ينشأ عن ذلك انيميا شريانية (أى قلة الدم الشريانى) عوضا عن احتقان الدماغ وهذا التوجيـه وان كان نظريا الا أنه يمكن أن يضاهى ببعض أمور مما ناله فشلا الانتفاخات الحليمية في بعض امراض الجلد (كالانجورية) ليست النتيجة الاحتقان لكن الاحتقان يؤدي الى حصول اوذىما في الجلد وهى تؤدي الى حصول الانيميا فيه ولذا يكون الانتفاخ الحليمى الجلدى أبيض اللون محاطا بهالة محمرة

ولى أحوال أخرى تكون معرفة احتقان الدماغ سهلة فان كثيرا ما يشاهد في الاحوال الحادة منه لاسيما في الشكل الاحتسابى ان كلاما من جلد الرأس وقة الجمجمة محتويا على كثير من الدم وعند فصل قبوة الجمجمة من الام الجافية يسيل مقدار عظيم من الدم من الاوعية المتفرقة والجيوب الدماغية تكون مملية بالدم امتلاء عظيما ويوجد في الام الجافية احتقان عظيم ويكون لون العنكبوتية لبنيا عكرا وميازيب الدماغ سطحية ضعيفة ملوثة باوعية الام الحنوننة المحتقنة ولا يوجد في الهالات تحت العنكبوتية سائل مصلى وسطح الدماغ يظهر املس مستويا والاوعية الرقيقة للام الحنوننة تكون محتقنة وعند شق جوف الدماغ تظهر نقط دموية عديدة

تختلط ببعضها على سطح الشق والجوهر السحبابي للدماغ يكون أحمر داكنا
 مسمر أو بنفدران يظهر في الجوهر الأبيض للدماغ لمعان حجر
 وأما احتقانات الدماغ المزمنة ففيها تقدد أو عيته تمعدا مسمر افتوجد في
 سيرها متعرجة كثيرة التمدد وكذا الأوعية الشعرية توجد ممددة أيضا
 عند البحث عنها بالمكروسكوب وفي هذا الشكل كثير مما يكون الدماغ
 ضامرا أو حينئذ يوجد فيه زيادة عن امتلاء أو عيته أو ذمما وتجمع سائل
 مصل في الهالات تحت العنكبوتية وهذه المشاهدة الرمية تشاهد بكثرة
 في المهمكين على السكر وتوجه بأنه عند ظهور هذا العضو يحصل ازدياد في
 المسائل الفقرى الدماغى حتى يلا المسادات الخالية كما ان الاحتقان الدماغى
 المتردد يظهر أنه ينمخ عنه يوفى التهيئات الباكونية فتوجد تارة متفرقة
 وتارة مجتمعة على هيئة تولدات مبيضة غير شفافة حبيبية في العنكبوتية
 وبالتخصوس على جانبي الجيوب المستطيلة وهذه التهيئات بضغطها على
 الام الجافية يمكن ان تبعد اليافها عن بعضها وتثقيها واستمرار ضغطها
 يمكن ان تحدث ضوراى العظام حينئذ توجد حجرة في انبعاثات العظام
 الجمجمة وهذه التهيئات تتركب من منسوج خاوى وتحتوى احيانا على
 مواد دهنية واملاح كلسية

* (الاعراض والسير) *

ينبغي قبل شرح مجموع اعراض الاحتقان الدماغى الالتفات لعدم الوقوع
 في الخط المنتشر المضر بالمرضى هو أنه في جميع الاحوال التى تسكون فيها
 وظائف الدماغ مضطربة وليس هناك تغيرات مادية ثقيلة في هذا العضو
 تدس فيها تلك الاضطرابات الوظيفية لاحتقان الدماغ (أولاً نبيته)
 فالاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ في الاحوال الحية مثلاً لا تتعلق
 ولا بد باحتقان دماغى تواردى ناشئ عن ازدياد فعل القلب بل تتعلق
 ولا بد كما ذكرنا ما يارتفع درجة حرارة الدم الموجود في أوعية الدماغ واما
 باختلاطه بمواد غريبة (اعنى سوء الاخلاط الحى) الذى هو نتيجة ضرورية
 لازدياد التحلل العنصرى في المنسوجات الحاصل في أثناء الحى الشديدة
 فانه من المعلوم انه في أحوال الحيات الضعيفة التى فيها ترتقى حرارة الجسم

وتولدها الى أعلى درجة مع ان حركات القلب وان كانت سريعة الا انها تكون ضعيفة ولا يوجد احتقان دماغى تواردى حيثئذ ويكثر الهذيان ونحوه من الاضطرابات الثقيلة لوظائف الدماغ

وكذا اعراض الشمس اعنى تأثير حرارة الشمس على الرأس لا تتعلق تبعا لتجارب التي فعلت في المحاربة الاخيرة بين البروسيا وفرنسا وتبعا لتجارب المعلم أورينبير باحتقان دماغى ناشئ عن تأثير اشعة الشمس على الرأس كما كان يظن سابقا فان اعراض المرض المذكور هيارة عن شلل بخائى في جميع وظائف الدماغ أو تدريجى وفي الحالة الاخيرة يسبق علامات الشلل هيجان أو هذيان أو غيرهما من اعراض التهييج الدماغى وقد تحقق في مناطق بلادنا بالاقول ان تأثير الاشعة الحارة للشمس لا تكفى بانفرادها في احداث هذه العوارض الثقيلة وانها لا تظهر الا متى كانت الاشخاص المصابة بها عرضة في الايام الحارة لمساك جسمية عظيمة لاسيما متى لم يحصل عندهم عرق تام بسبب قلة تعاطى كمية كافية من السوائل من الجائز القول بانه في مثل هذه الاحوال لقلة انتشار الحرارة وتشعها بسبب درجة الحرارة المرتفعة للهواء المحيط وازد ياد تولد الحرارة في الجسم بسبب المجهودات العضائية وبتناقص تبريد الجسم الحاصل بواسطة التبخير الجلدى يحصل ولا بد ارتقاء في حرارة الجسم ارتفاعا شديدا عن الحد به لا يمكن استمرار الحياة وأما امتلاء الاوعية الوريدية لاسيما بالذي يوجد حقيقة في جثة المهالكين بالشمس فقد بيناه فيما سبق

وبالجملة فلا تتعلق بالكلية اعراض التسمم الحاد بالكولي وكذا التسمم الحاد بالافيون ونحوه من المخدرات ولوان الدماغ في مثل هذه الاحوال يكون محتمة ناياما متلاذمهوى في الاوعية وغاية ما هنالك أنه لا يتعلق به الا البعض منها والظاهر ان ذلك ينعكس بالنسبة لظواهر المرضية الناشئة عن الافراط المستمر من المشروبات الروحية ومن الجواهر المخدرة الذي ازداد جدا من منذ ظهور الحقن تحت الجلد بالمرفق فانه في مثل هذه الاحوال يكون ولا بد للاحتقان الدماغى أهمية عظيمة زيادة عما يحصل في اعراض السكر والتسمم الحاد بالافيون

ثم ان اعراض الاحتقان الدماغى تظهر احيانا باعراض ثوران وازدياد فى قابلية تنبيه الالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ وتنبهها تنبها مرضيا أعنى بظواهر تهيج وتارة تظهر بظواهر رتساخص أو فقدى قابلية تنبيه الاجزاء العصبية المذكورة أعنى بظواهر الخمود والشلل وفى الغالب تسبق اعراض التهيج اعراض الخمود وفى احوال أخرى قد تفقد الاعراض الاولى بالسكية فتطرأ من الابداء اعراض الخمود ويعتبر عادة ان اختلاف هذه الاعراض متعلق باختلاف درجة الضغط الذى يعترى الدماغ من جهة الاوعية الكثيرة التمدد أو القليلة كما يشاهد ذلك مثلاً فى الاعصاب الدائرية فان الضغط الخفيف عليها يحدث فيها تمبها والضغط الشديد يحدث فيها شللاً ويظهر أن هذا التوجيه صواب بالنسبة لحصول ظواهر التهيج فقد دلت التجارب على أن بعض الاعصاب التى تمر من قنوات عظمية محبوبة بأوعية دموية تقع فى حالة تهيج مرضى عند امتلاء تلك الاوعية فالاعصاب الدماغية المحاطة بالام الجسافية وعظام الجمجمة تكون فى حالة مشابه لذلك بالسكية عند زيادة امتلاء الاوعية الدماغية بحيث تكون كالاعصاب المنسفة من قنوات عظمية متى كانت الاوعية الدموية المصاحبة لها تمتلئة بخلاف توجيه ظواهر الشلل بارتقاء الضغط الباطنى الوعائى فانه يظهر غير صواب فان هذا الضغط الذى يعترى الدماغ ولو فى الاحوال الثقيلة جدامن الاحتقان لا يصل الى درجة الضغط الناتج عنه شلل فى أحد الفروع العصبية الدائرية وقد قيل لتعضيد هذا رأى ان الضغط خارج الاوعية الذى يكاد لا يكون أعظم من الضغط الباطن المحدث له الانسكابات الدموية الصغيرة فى الدماغ ينتج عنه كذلك شلل لكن سند كرفماسيأتى ان النسبة السكتية فى التزيف الدماغى لا تتعلق مطلقاً بضغط الدماغ ورضه بواسطة الانسكاب الدموى بل القريب للعقل ان ظواهر الخمود والشلل فى الاحتقانات الدماغية الشديدة تنشأ عن هوق أو امتناع ورود الدم الشريانى الكثير الاوكسجين للالياف العصبية والخلايا العقدية للدماغ فان هذا هو الشرط الضرورى لتنبيه المجموع العصبى بتمامه وفى الاحتقانات الاحتباسية يكون است فراغ الدم الوريدى من الدماغ معوقاً ومن الواضح

انه مع استئلاء الاوردة لا يمكن هروغ دم شرياني جديد في الاربعة الشعرية
والقول بان امراض الاحتقان الدماغى تشابه بالكلية امراض انيميا هذا
العضوفيه محضة بالنسبة للاحتقان الاحتباسى للدماغ وانيميا هذا العضو
توجيه هذا التشابه واضح فانه في كلتا الحالتين يتمتع وورود دم شرياني
جديد نحو الدماغ وأما توجيه ظواهر الشلل التى تشاهد أياضا في الاحتقانات
التواردية الدماغية فلا بد فيه من الالتصاء للنظريات القائلة بأنه يحصل في
أنسائها أوديميا دماغية تابعة وبذلك يحصل في الدماغ حالة مخالفة لحالة
الاحتقان الموجود ابتداء أعنى انيميا شعرية و امراض الاحتقان الدماغى
تتنوع تنوعا عظيما بحسب كون ظواهر تهيج الدماغ أو شلله تكون قاصرة
بالاكثر على الحساسية أو الحركة أو الوظائف العقلية ولا يمكن توجيه هذا
الاختلاف توجيها كافيا بوجه ما

ثم انه بعد من جملة ظواهر التهيج في الحساسية الم الرأس وازد ياد قابلية
التنبية بواسطة المؤثرات الحسية والادراكات الذاتية البسيطة في الحواس
فاما الم الرأس الذى هو ظاهرة كثيرة الحصول جدا في جميع امراض الدماغ
ويصحب غالباً احتقان هذا العضو فهو عرض عسر التوجيه حيث لا يعرف
ان كان ينبوعه من كذا يعنى حاصلا في اجزاء الدماغ التى ينتج فقط عن
اصابتها بالجرحية ظواهر الم في الحيوانات الفاقد الاحساس بالكلية عقب
قطع النصفين الكريين العظمين المفقودى الحساسية بالكتابة او بان كان
متعلقا وهو الاقرب للعقل بتهيج الالياف العصبية للتوايح الثلاثى المتوزعة
في الام الجافية وأما ازد ياد قابلية التنبية بالنسبة للمنبهات الحسية فينتج عن
ارتقاء قابلية تنبيه اجزاء الدماغ المحتقنة التى بواسطة تدرك المنبهات الدائرية
وتوصل الى قوة الادراك فان المرضى لا يزداد احساسهم وبصرهم وشههم
وهمهم عن العادة غير انهم يضطربون ويتألمون من تأثير المنبهات على
أعضاء الحواس ولو كانت أقل قوة من المنبهات التى لم تنزعج منها في حالة الصحة
وكما ان كلام من الغزع من الضوء وزيادة تأثيرهم من اللغط والضغط الذى
يشاهد في الاحتقانات الدماغية يعتبر من جملة ظواهر ازدياد قابلية تنبيه
الدماغ فكذلك تعتبر الظواهر الحسية التى تحس بها المرضى بدون تأثير

منبهات طبيعية ظاهرة من هذا القبيل كروية الشرر امام الاعين أو البريق
وطنين الاذنين والاحساس بالالم غير المحدود وتعمل الاعضاء فان ذلك يعتبر
ثورا نامر ضيا في حساسية الاجزاء المذكورة وأما ظواهر التهيج في الحركة ففها
اضطراب الجسم والقلق والفرع الفجائي وحركات الانماط غير الارادية
واصطكاك الاسنان والصرع يجبدون هيئة التألم وتقلص بعض العضلات ثم
التشنج فان هذه اعراض تشاهد بكثرة سيما في الاطفال المعايين باحتقانات
دماغية فاما الاعراض المذكورة أولا سيما القلق والاضيق في الفراش فلا
يعرف ان كان ناتجا عن ازدياد تنبيه اجزاء الدماغ التي بواسطتها يحصل انتقال
التأثير المحرك الى اعصاب الحركة والعضلات وبه تتم حركتها وبأن كان يحصل
من أحوال تهيجات مرضية في أعضاء الادراك امكن لا يشك في كون
التقلصات العضلية والتشنجات المنتشرة غير المتعلقة بفعل الارادة تنبع
ولا بد عن تنبيه مرضي في المراكز الدغية المحركة ومن المستغرب كون
التشنجات العامة التي تظهر في احتقانات الدماغية وغيرها من امراض
هذا العضو وكذا في الصرع والا كما بسيا لا تصطبغ غيرها من ظواهر
التهيج في هذا العضو بل عكس ذلك بظواهر شله سيما قداسة الادراك
وكيفية حصول التشنجات العامة مع اصطحابها بظواهر شلل لم تزل منبهة
ولو فعل كثير من الفسيولوجيين تجارب مفيدة في هذا الخصوص وأما ظواهر
التهيج التي تحدث في الوظائف العقلية وثورانها في القلب السرير وعدم
الانتظام في التصورات بحيث لا يمكن التوروا واضع الامين وينضم لقلب
التصورات غالباً تصورات معكسة مخالفة للحقيقة بالذات لا لشخص نفسه
ولسكانات المحيط به وهذا هو الهذيان

وبعض الهذيان كثير ما يشهد به صريح انصاح اعظمه بحيث لا يمكن المرضى
تمييزه عن مقصود التصورات الحقيقية وبذلك يحصل الهوس والتخيل فالاول
عبارة عن تصورات هوسية يزعم انها نتيجة ادراك لا وسطية بدون وجود
موضوع ظاهر لذلك التصور مطابقاً للتصور الحقيق في المرضى ترعهم رؤية
حيوانات او اسام تصورية او انها تحس باصوات حاله ان تكون السام واه
الثاني اى التخيل فهو عبارة عن الخطا في تصور امر أو جسم له وجود في

الحقيقة فالامور الواهية جدا يمكن مع وجود التخييل ان تصير مفزعة مهولة
للمرضى المعتر بهم احتقان في الدماغ لاسيما الاطفال واما الدوران اى الدوخان
فانه عبارة عن حساسية شديدة بقهر يك الجسم أو المواد المحيطة به وهذه
الحركة تنحس بها المرضى مع كونهم فى الراحة والسكون بل وجميع ما يحاط
بهم ومن اعراض الثوران لقابلية تنبيه اجزاء الدماغ المتوسطة بالوظائف
العقلية الاراق واضطراب النوم باسلام من عجة فان هذه ظواهر تشاهد
بكثرة جدا فى احتقان الدماغ

وأما ظواهر الخمود والشلل فى دائرة الحساسية فمما فقد الحساسية وعدم
النثر من المنبهات الظاهرية كالضوء الشديد واللفظ القوي وعدم ادراك
المنبهات الخفيفة وذلك يدل على تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف
العصبية التى بها يتقل تأثير المؤثرات الخارجية الى قوة الادراك وبارتقاء
ضعف الاحساس الغير التام الى درجة فقد الاحساس الدماغى التام
لانحس المرضى بالمنبهات ولو الشديدة وأما ظواهر الخمود فى دائرة الحركة
فمنها عدم اجراء الحركات وبطؤها بحيث تصير اطراف المريض ثقيلة
كالرصاص وعند فقد قابلية تنبيه هذه الاجزاء تبرز المرضى عن الحركة
الارادية فتنشل وعند تناقص قابلية تنبيه العقد والالياف العصبية المتوسطة
بالوظائف العقلية تصير المرضى فى حالة عدم ادراك ما يحيط بهم فتضعف
تصوراتهم ويحصل لهم ميل للنعاس يعسرا يقاظهم منه أو يتعذر بالسكينة
وعند ارتقاء هذه الحالة يفقد الادراك بالسكينة

وكذا الحركات التى يكون تنبيهها من الدماغ ولو بغير الارادة يحصل فيها
اضطراب غير طبيعى فى احوال الاحتقانات الدماغية فى احوال التبرج
مثلا تكون الحدة منقبضة لان العصب المتحرك للقلبة يكون فى حالة تنبيه
زائد وأما فى احوال ظهور اعراض الخمود والشلل فتكون الحدة ممتدة
بسبب تغلب الياف العظم السباتوى على القزحية وانفرادها فى التأثير
وكذا ارتقاء تنبيه العصب المنصير ينتج عنه بطء فى ضربات القلب
كما ثبت ذلك بالتجارب الفسيولوجية كما ان الشلل الدائرى لهذا العصب
ينتج عنه مرعة فى ضربات هذا العضو كالتى تشاهد عقب قطع العصب

المذكور في الحيوانات وفي احوال شلل الدماغ تصير حركات التنفس بطيئة جدا عميقة ثم خفيفة ونقص وان لم تتعرض لتوجيه ذلك الا اننا ذكر أنه عقب قطع العصب الرئوي المسمى من الحيوانات لا بد وان يحصل ببطء في حركات التنفس مع غيرها من الظواهر وبالجملة فلنذكر هنا ايضا ان من اعراض التهيج الدماغى القى وهو عرض كثير الحصول جدا في احوال تهيج الدماغ ومهم في تشخيصه والتغيرات الحاصلة في الاعضاء المركزية التى بها تحصل حركات القى وان كانت مجهولة الا انه من المعلوم ان احداث القى بالصناعة ممكن في الحيوانات بواسطة قطع العصب الرئوي المسمى وتهيج طرفه المركزى بعد قطعه

ثم ان علامات التنبيه المرضى المذكورة وازداد تناقص وانطفأ مقابلية تنبيه الدماغ التى توجد في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ تشاهد بصفات مختلفة في الاحتقانات الدماغية وكانها تساعد الكلام على التشخيص العامة على الوجود المستمر لهذه الظواهر الناشئة عن ازدياد التنبيه المرضى للنخاع المستطيل مع فقد الادراك أعمى مع الظاهرة الدالة على انطفاء قابلية تنبيه أخيلية عقدية واليساف عصبية أخرى مركزية تنضيف ولا بد الى ذلك انه لا يندرباضا وجود مضاعفات أخرى من ظواهر تهيج وشلل في الاحتقانات الدماغية فترى مثلا تعسر حركات بعض المرضى او تعذرهما بالكلية مع وجود ظواهر تهيج في الوظائف العقلية فيشتكون بالآلام في الراس وشرا امام الاعين ونحو ذلك من ظواهر التهيج ولذلك ترى انه وان امكن من صفات الحدقة وبطء النبض أو سرعته معرفة حالة الاعضاء المركزية العصبية والاعصاب الناشئة منها لا يمكن الحكم على حالة تنبيه ببقية اقسام الاجزاء الدماغية واختلاف الصورة المرضية في هذا المرض الناشئة عن اختلاف اجتماع الاعراض عظيم جدا حتى ان اندرال قسم مجموع اعراض احتقان الدماغ باهتبار وصفه الى ثمانية اشكال لكنه الانصف الى الرئيس منها فنقول

انه في كثير من احوال الاحتقان الدماغى تكون اضطرابات الحساسية على صفة التهيج هي الاعراض الواضحة فيشاهد في مثل هذه الاحوال تشكى

المرضى بشغل الرأس وآلام مختلفة الشدة كثرة وقلة وتثاثر جدا من الضوء
الشديد واللعط وبرون شرر أو أماعينهم ويحسون بطنب في آذانهم ويحصل
لهم أرق أو يتعمق نومهم ويضطربون بأحلام مزعجة وعند اشتداد المرض
يحصل دوا واحساس بتحمل في الأطراف ويحمر الوجه والمقعدة غالباً
ويكون النبض مثل سريعا ومع ذلك لا ينبغي القول بأن هذه الظاهرة
من الأعراض الملازمة فانه في الأحوال الثقيلة الخطيرة من احتقان الدماغ
خصوصا ما ينتج عن استرخاء جوفه وتمدداً وعيته الشعرية لا تكون كمية
الدم في الأجزاء الظاهرة من الرأس مطابقة لكمية الدم المحتوية عليهم
الدماغ فالحكمة هؤلاء المرضى لا تكون بل الأوامر محتملة ووجوههم منتفخة
بل بائنة والأعراض المذكورة لا تستمر غالباً إلا بعض دقائق أو ساعات
إلا انها قد تستمر أحيانا لبعض الأسابيع بل أشد رعايته يكفي عند المرضى مثلاً
تعالج قليل من كوبات النسيج أو القهوة الحارة حتى تظهر علامات
احتقان الدماغ فيهم كما تزول بسرعة عند الراحة وتجنب المؤثرات المضرة
مع التدبير اللطيف ويقون مصانين مما ذكر

وأما أعراض احتقان الدماغ في الأطفال الذين يتضح فيهم اضطرابات
الحركة فلها مشابهة تامة بأعراض التهاب السحايا وكثيرا ما يلتبس بينهما
ولا يتميزان إلا بالاحاطة سير المرض فمثل هؤلاء الأطفال يعترهم مدة بعض
أيام أمساك وثقل واصططكال الأسنان مدة النوم أو أحلام مزعجة
فيستيقظون مرعوبين ويزول نومهم ثم يحصل عندهم وبشاهد عندهم
ضيق في الحدة وانبعاثات تشنجية في أطرافهم وهذه الظواهر غالباً تكون
سابقة لعوارض شديدة خطيرة للغاية فانه يعقبها التشنجات العامة النادر
حصولها بدون ان تسبقها ظواهر وفي أحوال نادرة تساهل هذه التشنجات
بدون ظواهر سابقة وتكون هي العرض الابتدائي لاحتقان الدماغ الشديد
والانبعاثات التشنجية تبتدئ باحد الأطراف أو بأحدى صفعتي الوجه
وعما قليل تمتد الى جميع أجزاء الجسم وتتعاقب أحيانا الحركات التشنجية
المتقطعة بانقباضات تشنجية مسمرة أو ان بعض العضلات خصوصاً عضلات
العنق تنقبض انقباضاً قتيلاً فوسيا مسمرًا وعضلات الوجه والأطراف
تتعاقب فيها الانقباضات التشنجية ولا تستبقي الأطفال من الشدة أو لا من

تأثير المؤثرات المهيبة على الجلد ويغطي الجلد بالعرق وينتفخ البطن
انتفاخا طيليا ويتعذر التنفس ويسيل اللعاب من الفم على هيئة الرزب بسبب
الحركات المستمرة للمضغلات المضغية واحيا ما يحصل انحطاط في شدة
الانقباضات التنفسية فيظن ان النوبة قد انتهت لسكن بعد هذا الانحطاط
بقليل تاخذ الانقباضات التنفسية في الشدة ثانيا وبهذه المثابة يمكن ان تمتد
نوبة هذا المرض في الاحوال الثقيلة عدة ساعات ومع ذلك ففي غالب
الاحوال تنتهي بعد نصف ساعة او ساعة وحالها مثل هؤلاء الاطفال وان
كان لها تأثير مفرغ للغاية على العوام (ويسمون في اقليمنا بالقرينة) وكذا
الاطباء غير المقرنين الا انه ينبغي الحكم على ان عاقبتهم اجمدة متى امكن ثقي
وجود التهاب السحايا وهذا يمكن القطع به مع التأكد فان الالتهاب
السحائي الثقيل مرض نادر على العموم كما ينبغي فيما سيأتي ولا يحصل
للأطفال السليمين مس قبل بدون جرح في الرأس او مرض في عظام الجمجمة
الا في احوال استثنائية والالتهاب السحائي الدرني لقاعدة الدماغ وان
كان كثير الحصول وتبدئي مشاهدة الطبيب له بعد التشخيصات في الاطفال
المرضة الا انه بالسؤال والدقة يتحقق من وجود نحو مكة قديمة وبعض
اعراض اخرى سنذكرها تكون سبقت نوبة التشخيصات لكن لم يلتفت اليها
ولم يعن بها أهل الاطفال فان كان الطفل قبل نوبة التشخيصات بيوم سليما وليس
عنده سوى علامات الاحتقان الدماغى ولم يعتريه جرح في الرأس ولم يكن
عنده سيلان اذنى تاكد الطبيب من حصول التقيح للطفل في اليوم
التالى او الشفاء التام وتعقب النوبة عادة بنوم عميق يستيقظ الطفل
منه في حالة تعب اسكن ليس عنده عرض من الاعراض الخطرة وكثيرا
ما يشاهد الطبيب في كل سنة احوال امن الاحتقانات الدماغية تسير سيرا
مطابقا لما ذكرناه ولا يندران تصاب جملة اطفال من عائلة واحدة بنوب
التشخيصات المذكورة أو يصاب بها الطفل مرارا متوالية ومن النادر جدا
أن ينشأ عن ذلك صرع انما يمكن ان ينشأ عن الاحتقانات المتكررة
استسقاء دماغى من كاسياتى

وهناك شكل ثالث من الاحتقان الدماغى فيه تنضج اعراض اضطراب

القوى العقلية بدرجة عظيمة جداً بحيث لا يعرف هذا المرض ويظن مع الاضرار بالمرضى ان عندهم نوبة مالبسوليا أو جنون فيحصل لهم في الاولى بعد ألم الرأس واضطراب الحساسية والارق احساس بضجر وتعب ولا يصبرون على المكث في محل واحد بل ينتقلون من محل الى آخر مع الحيرة والقلق ويحصل لهم اضطراب عظيم وتامسف شديد من اقل شئ وينضم لذلك هذا يان نائثي من شدة التفكير لما هو حاصل لهم وفي الابتداء يكون لهم قدرة على دفع هذا الهذيان عار فيه فيسرعون من ذلك فزعاج عظيم اظنا منهم انه يحصل عندهم جنون والارق في مثل هذه الاحوال كثير اما يبلغ حده بحيث ان استعمال المخدرات المضرة جداً التي يستعملها بعض جهلاء اطباء لا يضر أو يعقب تعاطيها نوم مضطرب تستيقظ منه المرضى على حالة اشتداد جميع الاعراض فيهم وفي هذا الشكل من الاحتقان الدماغى الذى يحصل من الافراط في الاشتغالات العقلية غالباً يوجد عند المرضى سرعة النبض وغيره من الظواهر الحية لكنه في هذا الشكل الذى فيه احتقان الدماغ يكون عظيم جداً لا يوجد احتقان في جلد الرأس كما متقان الدماغ فلا يكون لون المرضى محمراً بل باهتاً ويحصل عندهم من الحركة الحية والارق ضعف في القوى وخفاقة ويمكن ان يملك المريض من هذا المرض ان لم تسغه العناية بطبيب طاق لما انه يحل محل الهيجان هبوط وانحطاط ومحل الارق نوم عميق لا يستيقظ منه بل ربما يملك ومن النادر ان يخلف ذلك اضطرابات عقلية مستمرة

وفي الحالة الثانية قد يظهر هذا الشكل من الاحتقان الدماغى عند بعض الأشخاص الذين يتضح فيهم اضطراب الوظائف العقلية فيظهر بنوب جنونية وهذيان وهذا الشكل يشاهد بكثرة عقب تأثير الاشعة الشمسية القوية او الحرارة الشديدة على الرأس وبالأخص عقب الافراط من المشروبات الروحية لا سيما عند من يتعاطى قليلاً طول السنة ثم يفرط دفعة واحدة أفرطاً زائداً عن الحد ولا يلتبس هذا الشكل بنوبة ارتعاش السكرى الهذيان فان هؤلاء يكونون في حالة ارق شديد ويهرعون ويضربون وبعضون من امسك بهم ويفقدون ويقطعون جميع ما يلقونه ويبتكون أو يمتصكون

أو يغنون و ينضم لذلك هذان مختلف الشكل وفي الغالب مثل هؤلاء يظن
أنه مظلوم ويظهر غضبا لمن يتوهم فيه أنه تسبب في ظلمه ويحصل لهم بسبب
المجهودات العضلية القوية عرق وتسرع ضربات القلب والنبض وتقوى
ويتقد الوجه غالبا وهذا الشكل خطر جدا ان لم يعرف ويعالج بما يليق به
فربما عقبه نوبة اشبه بالسكتة الدماغية القتالة أو احتقان رئوي شديد يصعب
أو ذيما رئوية بها يموت المريض فجأة وقد وصفها المعلم اندرال حيث قال ان
بعض ارباب السن المتوسط يصبح ويصرخ عدة ساعات بلا انقطاع فيزعج
المرضى حوله ثم يسكت فجأة فلا يسمع له ادى صوت وبالبحت عنه يوجد ميتا
فهذا الموت اسرع من الموت بالصاعقة وعند فتح الجثة لا يوجد فيه ادى

تغير سوى احتقان شديد في جوهر الدماغ

ولذلك ذكر شكلا آخر من الاحتقانات الدماغية تظهر فيه اعراض الخمود
والشلل فجأة وله شبه تام بظهور السكتة الدماغية فلا يميزان مع التأكيد
غالبا عن بعضهما وفي بعض الاحوال تسبق نوبة هذا الشكل بزمن متفاوت
مالم في الرأس واضطراب في الحساسية ودوار وارق واضطرابات عقلية وفي
أحوال أخرى يحصل احتقان الدماغ فجأة بدون اعراض سابقة فيحصل
للريض دوار فيتمز يدور ما كان امام عينيه ويزول ادراكه ويقع على الارض
مع حصول تشنجات أو بدونها ومثل هذه النوبة التي فيها تزول وظائف
الدماغ وتنطفئ بالكلية يمكن ان يؤدي للموت عقب امتداد شلل الدماغ الى
المجموع العصبي الغذائي لكن الغالب ان يستيقظ المريض بعد زمن
متفاوت الى نفسه اما بتذكر خفيف لما حصل له أو بدونه وهذه النوب
السكتية الشكل التي تحصل في اثناء سير الاحتقان الدماغى بظهورها
مثل النوب الصرعية السابق ذكرها المطابقة لها بالنسبة لفقد الحساسية
الدماغية وشكل الوظائف العقلية تنبع اما عن عوق استقراغ الدم الوريدي
أو عن الاوذىما الدماغية التابعة اذ بكتلتاها تين الحالتين يتعذر هروغ
الدم الشريانى الكثير الاوكسيجين الذى هو الامر الضرورى في
حفظ قابلية تنبيه الدماغ والمجموع العصبي بتمامه وذهب المعلم تروبه
الذى ينسب النوب الصرعية الشكل التي تحصل في اثناء سير ابريكت الى

الاوذيميا الدماغية الى ان الاوذيميا القاصرة على احد النصفين الكريين
العظيمين تحدث فقط فقد الادراك وأما الاوذيميا الممتدة على هذين النصفين
والاعضاء المتوسطة من الدماغ فانها تحدث فقد الادراك والتشبهات معا ولا
تتعرض للبحث في تلك النظريات فهي وان كانت قريبة للعقل الا انه ينافي
معها ان كل تغير مرضي يحدث لانضغاط في الاوردة الشعرية بواسطة
ارتشاح مصلى يكون محدثا لشلل متى أثر على النصفين الكريين العظيمين
وذا تأثير مبهج متى أثر على الاجزاء المتوسطة من الدماغ ومن المستغرب
ان يخلف نوبة هذا الشكل شلل نصفي جانبي مستمرة أيام ثم يزول
بدون أثر فان هذا الشكل ان كان نتيجة الضغط الذي يعتري الدماغ
من جهة الاوعية المقددة لا يتضح بالكلية توجيه كونه نصفيا جانبيا فان
الاحتقان الدماغي وان امكن انه اشد في جهة عن الاخرى لسكن الضغط
الذي يستمرى الدماغ لا بد وان يحسكون مستويا الى الجهتين تقريرا لان
التور لا يتم في سائل أو مادة رخوة مهلهلة التمركز والفرزح الا اذا كان
الضغط الذي يقع عليهم على عدسوا فغاية ما هنالك يمكن الظن بان شرشرة
الدماغ تبقى بدرجة معلومة احد نصفي هذا العضو من ضغط الآخر اما اذا
كان الشلل ناشئا كما يظن من الاوذيميا فمن الواضح حينئذ توجيه حصول
الشلل الجانبي في الدماغ اذا كان كل من الاحتقان والاوذيميا اشد في جهة
من هذا العضو عن الاخرى كما أنه من الواضح أيضا ان يزول الشلل
بالكلية ولا يبقى له أثر عقب زوال الاوذيميا بخلاف ما اذا حصل عقب
الانسكابات الدموية التي بها يتم تسك بعض الياف من الجوهر اللي فانه
لا يزول بالكلية مطلقا

* (المعالجة) *

كل من الاستفرغات الدموية العامة والموضعية والوضيعات الباردة على
الراس والتحويل على الجلد والقناة الهضمية وان كان محددا جادا في معالجة
الاحتقانات الدماغية الا انه لا يجوز دائما انتخاب احدي هذه الوسائط بدون
تبصر أو استعمال جميعها في آن واحد فانه لا يوجد مرض من الامراض
فيه ينبغي زيادة الاعتناء باتمام ما تستدعيه المعالجة السببية مثل

الاحتقان الدماغى ففيه ينبغي زيادة الاعتناء باعتبار السبب الذى أحدثه عند انقصاب إحدى الوسائط العلاجية التى تستدعيهم طبيعة المرض نفسه فى اشكال الاحتقان الدماغى التى فيما يحدث كل من ازداد بمجهودات القلب وقلة مقاومة جدر الاوعية الشعرية احتقانا توارداً يتحو الراس ينبغى اتباع التدبير العلاجى الذى ذكرناه فى معالجة الاحتقان الرئوى التواردى الاعتبارى فان لوحظ حصول اعراض خطيرة ينبغى فعل القصد العام الذى لا يمكن ان يقوم مقامه فى مثل هذه الاحوال الوضعيات الجليدية على الراس والاستفرغات الدموية الموضعية بارسال العلق خلف الاذنين او نحوها

واما اذا كان الاحتقان الدماغى التواردى تفعيلاً جانبياً فينبغى قبل كل شئ تبعيد العوائق الدورية التى ينتج عنها ازدياد الضغط الجانبي فى الشرايين السباتية فان استقرأخ المعا واطلاق البطن بالمليينات والحقن المسهلة المتخذة من الماء الحلى له تأثير جيد للغاية عند الكهول اذا اغترأهم احتقان الراس عقب الامساك وحصل لهم طنين الاذنين ودوار ونحو ذلك كما أنه كذلك جيد عند الاطفال الذين ينضم عندهم للامساك تشنجات ونحو ذلك فلا يمكن استعاضة هذه الوسائط فى مثل هذه الاحوال بواسطة علاجية أخرى لكن اذا لم تسكن هذه الوسائط وظهرت اعراض الخمود وغيرها من العوارض التى يخشى منها ينبغى استعمال الاستفرغات الدموية بفصد البالغين وارسال العلق خلف الاذنين للاطفال

وتختلف المعالجة بالكلية اذا كان الاحتقان الدماغى ناشئاً عن الافراط من المشروبات الروحية أو الجواهر المخدرة أو تأثير الحرارة أو الاشعة الشمسية فى الراس أو الانفعالات النفسية الشديدة فى مثل هذه الاحوال لا فائدة فى الاستفرغات الدموية العمومية بل كثير ما يكون القصد الوريدى العظيم مضر اجداً بل الواجب هنا استعمال التبريد على الراس لاجل انسكاش المنسوجات وتلطيف تمدد الاوعية الشعرية وذلك بواسطة مثانة مملوءة بالجليد او بر فايد توضع على الراس مبتلة بعد وضعها تحت صندوق من الثلج مملوء بالجليد والمخ حتى تتجلد وفى مثل هذه الاحوال يسوغ احيانا استعمال الوسائط المحولة التى بها يقصد ازالة الاحتقان التواردى نحو الدماغ

ثم انه يعمر اثبات وجود الاحتقان الدماغى المحدود عند فعل الصفات
التشريحية اثباتا تشريحيما سيما اذا أدى الاحتقان لحصول اوديما ولم ينتج
عنه الين فى جوهر الدماغ ومع ذلك ففي كثير من الاحوال يشاهد حول
التولدات الجسدية والبورات الالتهابية ونحو ذلك ان جوهر الدماغ يربط
رخو والوعية ممتدة ويخرج منها بعض انزفة من اسفار متفرقة

واعراض الاحتقان الدماغى المحدود اما ان تكون ظواهر تهيج أو وجود غير
ان هذه الظواهر تكون قاصرة على اجزاء محدودة من الجسم خلافا
لاعراض الاحتقان الدماغى العمومى فهى من جملة ما يعبر عنه بالاعراض
البورية (كما قاله جريسجر) وذلك كالم الرأس المحدود ورؤية الضرر امام
احدى العينين وطنين فى احدى الاذنين وتعدد اوضيقي فى احدى الحذقتين
او تقلص أو شلل فى احد الطرفين أو احدى العضلات أو بعضها ودرجة هذا
الاحتقان الجزئى وامتدادا يختلفان باختلاف احتواء الجمجمة على الدم
كثرة وقلة كما يختلفان باختلاف درجة غموا البورة المرضية المحيط بها هذا
الاحتقان وبذلك بوجه كثره ووضوح الظواهر المرضية التهبجية أو الحمودية
المتعلقة بالاحتقان الدماغى الموضي تارة وقلة وضوحها أو زوالها وترددها
تارة اخرى وحيث انه بكل تغير جوهرى دماغى موضي عظيم يحصل ولا
بد فقد وظيفة الجزء المصاب سواء كان ذلك متعلقا بظهور تولد مرضى جديد
فيه أو فساد فى الالياف العصبية والاخلية العقدية العصبية بواسطة
انسكاب دموى فالاعراض اللا واسطية التى تنتج عن هذه الاصابات
البورية العظيمة تكون عبارة عن فقد فى الحساسية وشلل جزئين
وقد بعض الوظائف العقلية فان حصل فى اثناء سير سكتة دماغية أو خراج
دماغى أو ورم فى هذا العضو ونحو ذلك مع ظواهر الشلل الجزئى ظواهر
تهيج موضي ايضا فلا بد وان هذه الاخيرة لا تكون متعلقة بتلك التغيرات
بل بالاضطرابات الدوربة الموجودة فى محيطها وكذا ظواهر الشلل الوتمية
التي تشاهد فى اثناء سير التغيرات المرضية المفسدة الموضعية لا تتعلق بنفس
هذه التغيرات المذكورة بدون واسطة بل باضطرابات دوربة تحصل حول
بوراتها وبناء على ذلك يسهل علينا توجيها فحسين الشلل الذى يصاحب

السكرات الدماغية واورام الدماغ وخراجاته اوزواله بالكلية وحيث ان كلا من هذه التغيرات لا يتصور فيه مطلقاً تكون الالياف العصبية ثانياً بل ولا استعاضتها استعاضة جزئية فيعلم ان ذلك انما هو من حصول الاحتقان او الاوذ بما حول بورات تلك التغيرات المرضية واختلاف الشدة اختلافات عظيمة يؤدي كذلك لحصول الشلل وبالجملة فكان ينبغي ان التغيرات المرضية الدماغية المختلفة التي يكون مجلسها وامتدادها واحداً تحدث على الدوام امراضاً واحدة في جميع الاحوال متى لم يكن اضطراب الدورة في محيط التغيرات المرضية المختلفة مختلفاً ايضاً فان اضطراب الدورة حول ورم دماغى يخالف الذى يحصل حول خراج دماغى مثلاً وهذا الاخير يخالف ايضا الذى يحصل حول بؤرة دموية دماغية وبذلك يسهل علينا توجيه اختلاف امراض الاصابات الدماغية الموضعية ولو كان مجلسها وامتدادها واحداً

ثم ان معالجة الاحتقان الدماغى الموضعى مؤسسة على حسب القواعد التى ذكرناها في معالجة الاحتقان الدماغى العمومى فان امكن تنقيص تواردهم الى الدماغ او سهولة استنفار غمغه منه امكن كذلك تلطيف الاحتقان التواردى والاحتباسى الموضعى لهذا العضو ايضا

(المبحث الثالث)

في انيميا الدماغ واغشيتها

(كيفية الظهور والاسباب)

طالما انكر الاطباء امكان حصول انيميا الدماغ كما انكروا احتقانه واسسوا ذلك على الاعتبارات المذكورة في المبحث الاول وقد نفي انيميا تقدم على خطأ تلك الاستنتاجات ويكفي هنا انه بقطع النظر عن الصفات التشريحية العديدة التى وجد فيها الدماغ في حالة انيميا واضحة ان كلاماً من دون درس وقوس مول وتبنار امكنه في الحيوانات الحية مشاهدة انيميا الدماغ الشديدة جداً عقب فعل ثقب في الجمجمة ومده بقطعة من الزجاج

ثم ان اسباب انيميا الدماغ هى (أولاً) المؤثرات التى تحدث تناقصاً في كتلة دم

الجسم الهومية ومن هذا لاتعد فقط الاستفراغات الدموية العمومية
والانزفة الذاتية بل يعد ايضا قد كية عظيمة من الانحلال والنضج الغزير
والامراض المزمنة سيما الحمية ومما يتأسف منه عدم الوقوف على معرفة انيميا
الدماغ في بعض احوال الانزفة الباطنة ونسبة اعراضها بالظن لاحتقان
هذا العضو ومعالجة المرضى بمقتضى ذلك وبشاهد شكل من الانيميا الدماغية
بكثره عند الاطفال المصابين باسمالات منه كطويلة المدة وهذا الشكل
شرحه المعلم مرشال هال شر حاجيدا وسماه بالايذر وسفلويد اى شبه
الاستسقاء الدماغى ولا يندر مشاهدة الانيميا الدماغية الواضحة عند
الشخص الضعفاء البنية الذين يترهم تسكيدات ممتدة في الرئين عقب
اصابتهم بالالتهاب الرئوى وكذا الامراض الحمية المستطيلة المدة التى ينتج
عنها تلاش فى دم المريض ولجه ينشأ عنها انيميا عمومية ومن جملة ظواهرها
انيميا الدماغ وكما انه ينشأ عن جميع هذه الامراض فقد فى دم الجسم
واخلاطه او تلاشيا كذلك يمكن من جهة اخرى تناقص كتلة الدم من عدم
جودة تكونها عقب الحرمان وتعاطى الكمية الكافية من المواد
الغذائية ولذا يشاهد بكثرة عند الأشخاص الهالكين من الجوع
والحرمان اخر امراض الانيميا الدماغية بغاية الوضوح قبل الموت بزمان قليل
(ثانيا) قد تنشأ انيميا الدماغ عقب تراكم كمية عظيمة من الدم فى احد الاعضاء
الاخرى واعظم مثل يضرب لذلك شكل الانيميا الدماغية الناتج عن
وضع المحجم العظيم للعلم جند الشبيه بالجزمة حول الطرف السفلى بتمامه
وهذا الشكل ربما اكتسب خطرا عظيما جدا مع عدم الاحتراس فى استعمال
هذا المحجم ومن ذلك يتضح انه عند وجود ضعف فى ضربات القلب يحصل
للصاب بذلك انغماء فى الوقوف أكثر منه فى الجلوس وتوجيه ذلك سهل فانه
عند الوقوف يتراكم الدم فى الاطراف السفلى بكثرة اذا كانت القوة الدافعة
للقلب غير كافية فى قهر ميل الدم لحركة الشغل الذى يعيسل اليها سيرة من
الاسفل الى الاعلى فى الاوردة ومما يستتبعه العقل توجيه الانيميا الدماغية
عند الوقوف فى مثل هذه الاحوال بعدم قهر ثقل الدم فى الشرايين السباتية
عند وجود ضعف فى ضربات القلب (ثالثا) تحصل الانيميا الدماغية عقب

انضغاط الشرايين الموصلة للدماغ او انسدادها وفي جميع الاحوال التي من هذا القبيل يكاد يحصل الانسداد عقب الربط الصناعي ومن النادر حصول الانسداد في الشرايين السباتية او العنقية عقب الضغط عليها بواسطة اورام او عقب وقوف بعض السدد السيارة فيها (رابعاً) قد تحصل الانيميا الدماغية عقب الاضطراب العصبي والانقباض التشنجي للاوعية الموصلة للدم الى الدماغ والذي يؤدي ذلك بعض الانفعالات النفسية الشديدة فانه لا يحصل فقط بهامة في الوجنتين والوجه بل وفقد في الادراك فجأة وغير ذلك من الاعراض الدالة على عوق ورود الدم الى الدماغ (خامساً) تحصل الانيميا الدماغية بالنتيجة لتناقص متسع تجويف الجمجمة بواسطة النضج المرضي والانسكابات الدموية واورام الدماغ ولفائفه ومن هذا القبيل شكل الانيميا الدماغية المصاحب لجسع كسور الجمجمة المحصورة بانزعاج في قوتها وذكرنا عن هذا الشكل من الانيميا الدماغية اعني النافع من تناقص متسع الجمجمة لكونه اكثر الاشكال حصولاً وذات اهمية عظيمة فانظروا المرضية المعبر عنها بظواهر الضغط في احوال السكتة الدماغية واورام الدماغ والاشكال المختلفة من الاستسقاء الدماغى لا تتعلق على رأينا بل وكثير من الاطباء بدون واسطة بالضغط الذي يعتري جوهر الدماغ بل بالانيميا الناشئة عن نفس هذا الضغط

وحيث ان الشرط الضروري لانتمام وظائف الدماغ اتتماماً طبيعياً يتعلق بوصول الدم الشرياني المحتوى على كثير من الاوكسجين لامتلاء اوعية الدماغ بالدم على العموم فمن الواضح انه في الاحوال المرضية التي فيها كبت الدم الدماغ المطلقة لا تتناقص عن الحالة الطبيعية غير ان توزيع الدم فيها في هذا العضو يكون غير طبيعي بحيث ان الشرايين لا توصل الى هذا العضو الا قليلاً من الدم الشرياني ويقل فيها ايضا استفرغ الدم الوريدي من الاوردة غير مثلاً بدوان يحصل في هذه الاحوال نفس الاعراض التي تشاهد في الانيميا الحقيقية اى قلة الدم المطلقة لهذا العضو وقد دلت تجارب الاطباء على كثرة حصول الانغماء وباقي اعراض الانيميا الدماغية في الاحوال المرضية التي بها يكاد جوهر القلب استحال ان مرضية وفي احوال

التضايقات الصمامية القلبية غير المتكاثرة لهذا العضو وفي غير ذلك من امراض القلب التي بها تضعف مجهوداته وبذلك يحصل امتلاء الاوردة وفراغ الشرايين كما ان هذه التجارب والملاحظات الاكلينيكية استتارت بتجارب كل من المعلم قوس مول وتينار استنارة تامة فانهم اوجدوا حصول هين العوارض الناشئة من الارتفاع الباطنة الغزيرة وربط الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ من امتناع دخول الاوكسجين في الدم فجأة عقب انقطاع التنفس انقطاعا مريعا

ولقد كرا ايضا انه قد تحصل ظواهر لها شبه كل بظواهر الانيميا الدماغية ولومع عدم تناقص كمية الدم وتوزيعه في الاوردة والشرايين توزيعا طبيعيا وذلك عند تناقص السكرات الدموية الجرح وقتلها وتوجيه ذلك سهل اذ من المعلوم ان هذه السكرات هي الحاملة للاوكسجين وبما ذكر يظهر ان تأثير تناقص السكرات بالنسبة للدماغ ووصول الاوكسجين اليه كئيبا غير تناقص توارد الدم اليه عموما

﴿ الصفات التشريحية ﴾

جوهر الدماغ يكون متغير اللون فهيشة السجاني منه تظهر باهتة فيقرب من لون جوهره الابيض وتكون هيشة الاخير لونية لماعة وعند شقه لا يشاهد الانسكت قليلة دموية ولا تشاهد اصلا على سطح الشق واوعية لفائف الدماغ تكون فارغة هابطة ولا ترى على الدوام في المسافات تحت العنكبوتية كمية عظيمة من سائل مصلى وذ كر كل من المعلم قوس مول وتينار ان السائل الدماغى الشوكى لا يكون متزايدا دائما كما يتوهم ذلك طبعا للنظريات السابقة ذكرها

﴿ الاعراض والسير ﴾

اعراض الانيميا الدماغية التي تحصل فجأة وترتقى بسرعة الى درجة عظيمة تختلف بالسكابة عن اعراض الانيميا التي تحصل ببطء ولا ترتقى الى درجة عظيمة ففي الحالة الاولى يحصل للرضى دوار وتقلل المراثيات امام اعينهم ولا يدركون المنبئات الحسية ولا يقدررون على الحركة وتهدد حدقاتهم ويصير التنفس بطيئا ويسقطون مع زوال الادراك على الارض مع حركات تقلصية

حقيقة وفي غالب الاحوال عما قليل يستيقظون من انغماسهم وفي احوال أخرى
 لا يعود لهم الادراك ثانياً وينتهي الانغماس بالموت ويعبر عن هذه الحالة بالاسكنة
 العصبية واما الانيميا الدماغية الحادة الحادثة بالصناعة في الحيوانات
 عقب الانزفة العزيرة او ربط جميع الشرايين الموصلة للدم نحو الدماغ فينتج
 عنها عين الظواهر المذكورة الا ان التشخيص فيها يكون اشد وأقوى وكثيرة
 الوضوح عما يشاهد في الانخفاض الذين اعترى دماغهم انيميا فجأة وتوجيه
 ظواهر الشلل في الانيميا الدماغية اسهل من توجيه التشخيصات في هذا
 المرض فان الاولى تتعلق ولا بد بامتناع ورود الاوكسيجين مع الدم الى الدماغ
 اذ من المعلوم ان ربط الابر البطنى مثلاً يعقبه شلل في النصف السفلى من
 الجسم بسبب امتناع وصول الدم الشرياني الى اعصابه واما التشخيصات
 فتوجيهها عسر وزعم المعلم هنلى انه في احوال الانيميا الدماغية يهرع الدم
 بقوة من الصغيرة الوريدية المضاهية الشوكية والسائل الدماغى الشوكى
 من القناة العنقية الى الدماغ وبذلك يتخرج النخاع المستطيل والاجزاء التى
 في قاعدة الدماغ ومع ذلك فقد وجد المعلم قوس مول وتينمار بعد ربط
 الشرايين الموصلة للدم الى الدماغ ان كلاماً من النصفين السكريين العظميين
 والنخاع المستطيل في حالة انيميا ولا ينبغى توجيهها بازدياد في قابلية تنبيه
 الالياف العصبية وخلايا العقد العصبية الناتج عن الانيميا الدماغية الشاقة
 ولما نزع من الارتسكان في توجيه ذلك الى ما ذكره كل من قوس مول وتينمار
 في تجربته وذلك انه شوهد عند فعل الصفات التشريحية للحيوانات التى
 ربطت شرايينها الدماغية ان الاوعية الشريانية التى كانت في قاعدة الدماغ
 محتوية على قليل من الدم فقط بخلاف باقى الاوعية فانها توجد في حالة فراغ
 تام فيقال حينئذ ان ربط الاوعية المذكورة ينتج عنه انيميا تامة في النصفين
 السكريين العظميين للدماغ وشلل فيهما بذلك وقلة الدم فقط في الاجزاء
 الكائنة في قاعدة هذا العضو (بسبب تقصير الشرايين الدماغية بشرايين
 النخاع الشوكى) ينتج عنها زيادة في قابلية تنبيهها

واما اعراض الانيميا الدماغية البسيطة الظهور فهى مثل اعراض الاحتقان
 الدماغى تظهر ابتداء باعراض التبرج ثم باعراض الخمود والشلل وقد اجتمعت

في توجيه هذه المسئلة بالنظريات الالتهبية وهي انه ينبغي لسلامة فعل
الدماغ الطبيعي ان تكون جزئياته على حالة توتر مخصوص وان كثرة امتلاء
الاووية الدماغية او قلتها مما يحدث ازديادا او تناقصا في التوتر الطبيعي
وان قابلية تنبيه الدماغ تنوع بحسب ذلك وفيما سبق قد اعتبرنا هذا
التوجيه من النظريات ونعترف بصعوبة القول بان ظواهر التهييج
في الاحتقان الدماغى تتعلق بتناقص قليل في الضغط الذى يكابده الدماغ
في الاحوال الصحية من جهة الاووية وان ظواهر الشلل تتعلق بتناقص
عظيم فيه لكن من الحقائق الفسيولوجية المعروفة ان قابلية تنبيه كل عصب
تزداد قبل انطفائها وان ارتقاء قابلية تنبيه اى عصب ارتقاء عظيما لا يعتبر
علامة على قوة تغذيته الطبيعية بل بالعكس اى يكون علامة على ضعف
تغذيته وليس عندنا توجيه لهذا الامر لكن بمعرفة يتضح انه في احوال
الانيميا الدماغية المتكونة يبطئ تسبق ظواهر الشلل عادة بظواهر تهيج وانه
في الاحوال التى لم ترتق فيها الانيميا الى اشد الدرجات لا تشاهد الا ظواهر
التهيج

وعندما تكون اعراض الانيميا الدماغية قاصرة على الاعصاب
الحسية تشتكى المرضى بالام في الرأس يجلسها في الجبهة واحيانا في القفا
وفزع من الضوء واللغط وبوجد عندهم شر رامام أعينهم وطنين في آذانهم
ونوب دوار ونحو ذلك ومجموع هذه الاعراض يشاهد مع غاية الوضوح
عقب الانزفة الرحمية الغزيرة وغيرها من الانزفة المفرطة وفي مثل هذه
الاحوال لا يمكن غالباً تمييز حالة انيميا الدماغ من احتقانه الا باعتبار السبب
الاصلى وحالة النبض ولون الجلد والشفتين وغيرها من اعراض قلة الدم اى
الانيميا في غير الدماغ من الاعضاء

واما انيميا الدماغ في الاطفال فتتضح فيها اضطرابات الحركة بكثرة وقدميز
المعلم مرشال لهذا المرض الذى سماه بالايديوسفالويد دورين على حسب
تسلطن اعراض التهييج والشلل في الدور الاول تكون الاطفال في حالة قاق
عظيم مضطربة في نومها متزعجة بحيث تصرخ في نومها وتصلك اسنانها
ومع ذلك تكون وجوههم في الغالب متقدمة والنبض سريعاً وتفاعلاً يكاد

يظهر على الدوام انقباضات خفيفة في احد الاعضاء أو نوب تشنجية عامة وفي الدور الثاني تعبط الاطفال وتنقطع قواها بالكلية ولا يمكنهم توجيه البصر الى ما حولهم بكيفية ثابتة وتنطبق الاجفان نصف النطاق وتفقد الحدة الاحساس بالضوء وبصير التنفس عسرا ثم يطرأ الموت مع ظواهر كومابوية وبالنسبة لنا المعتبرين ان ما يسمي بظواهر الضغط عند وجود امراض في الدماغ ولفائفه المضيقه لتوسع تقوييف الجمجمة التي من ضمنها الانسكابات في الجيوب الدماغية متعلق بانضغاط الاوعية الشعرية وهوق وصول الدم الشرياني الى الالياف العصبية لانستغرب المشابهة العظيمة بين اعراض استسقاء الدماغ الحقيقي والكاذب فانه تبعاً لرأينا لا يوجد الاضطراب مرضي واحد ولو كان الينبوع في كلا المرضين مختلفا أعني انجاسا شعريه دماغية

وبالجملة فقد يشاهد في بعض احوال الانجاس الدماغي ظواهر تميز في الوظائف العقلية كالارق والهيجان والهذيان وهذه الحالة قد ترتقي الى درجة عظيمة جدا فتلتبس بنوب الجنون وتشاهد هذه النوبة عند المحرورين من المطعومات والمثيرو بات زمن اطويلا كما تشاهد أيضا عند بعض الاشخاص الضعفاء الانجاسيين فيما اذا ارتقت حالة الانجاس عندهم ارتقاء عظيما عقب الامراض المنهكة أو الاستفراغات الدموية العظيمة

❦ المعالجة ❦

متى كانت انجاس الدماغ ظاهرة من ظواهر فقر الدم العام ينبغي معالجتها بالاجتهاد في ازالة النهوكة وتقوية الجسم باستعمال العناصر الغذائية اللائقة وبإتي الدلالات العلاجية تستنتج من اعتبار السبب الاصلى ومن اختلاف الاحوال الشخصية لكل مريض فان حصل بعد الانزفة الغزيرة مثلاً انغماس مترو تشفيات وغير ذلك من علامات الانجاس الدماغية الشديدة جازا إجراء عملية ترنس فوزيون أى نقل الدم من شخص لا خروفي معالجة الاطفال المصابين بالاسهالات المنهكة ينبغي ملاحظة الخطر الذي يحصل من الحالة المسماة بالايديروسفالويد ومنع حصوله باستعمال الامراق القوية او اللحم النيء أو النبيذ ونحو ذلك فان طرأت الحالة

المدكورة على الظواهر السابقة كان في اعتبارها خطأ زيادة خطر عظيم
فانه أن اغتر الطبيب في مثل هذه الاحوال وأمر بإرسال العاق واستعمال
معالجة مضعفة فلا بد وأن تهلك الاطفال غالباً وأما أن لوحظت الحالة بالدفقة
واستعمل ولومع قلق الطفل ووجود تشنجات عنده واعراض خدر تابعة
لذلك الامراق المركزة والادوية المنبهة بمقدار عظيم والكافور والايثير وعلى
الخصوص النبيذ القوي فالغالب ان يعقب ذلك نجاح عجيب في شكل
الانيميا الدماغية التي تكون ظاهرة من ظواهر الانيميا العامة فينبغي الاهتمام
في تقوية عضو الدورة المركزي حتى يحصل تحسين في حالة الدم بمقامه ونجاح
المعالجة التي يترتب عليها تعويض هذا السائل وازداد ذكراته الجرفانه كثير
ما تهلك المرضى التي تكون في حالة نقاهة من احوال هذه الواسطة وذلك بان
يكون الطبيب أهل في أمرهم على الاستقرار بالوضع المستلقي او الجلوس
فنشاهد أن مثل هؤلاء المرضى ان اهلوا في هذا الامر واستقروا على الجلوس
او المشي فـ كثير اما يحصل عندهم دفعة واحدة حركة اغماء قوية لا يبعدان
تستمر حتى يهلك المريض منها ولذا كان على الطبيب ان يأمر المرضى التي
وقعت في نهوكة عظيمة بحداد الأمراض المستطيلة وكانت في حالة نقاهة
ان لا تترك الفراش الا من بعد الحصول على القوة وازداد كلة الدم العامة
ولاجل تجنب الخطر الذي يحصل عند الانحطاس الانمائيين من ضعف
حركات القلب الوقتي ينبغي ان يؤمر لهم زيادة عن المداومة على الوضع
الاستلقائي باستعمال الادوية المنبهة اما بطريقة الشم او الاستعمال باطنالكن
لا ينبغي استعمال هذه الوسائط دائماً بل تستعمل فقط عند حدوث ظواهر
الاغماء وذلك كشم ماء المسكة واستعمال روح لقمان من الباطن وغير ذلك
وفي أحوال الانيميا الدماغية الناتجة عن تضايق متع تعوييف الجمجمة ينبغي
استعمال ثقبه فانه أقوى الوسائط في مثل هذه الاحوال غير ان فعل هذه
العملية في العصر الاخير اقتصر فيه على ما اذا اصطبغت تضايق تعوييف
الجمجمة بانحطاس احد اجزاء قبوتها والفصد في مثل هذه الاحوال قد
يعقبه نجاح عظيم جداً وهذا وان عد غريباً فسوف نوضحه عند الكلام على
السكتة الدموية الدماغية ولان ذكرهنا الا انه بالفصد سهل استغراغ

الاوردة الدماغية ويسرع وبذلك يسهل دخول الدم الشرياني في هذا العضو

(المبحث الرابع)

في الانبيما والتسكرو والجزئين للدماغ
المعروف باليمن التسكرى للدماغ وبالسد الذائبة والسيارة لشرابين الدماغ
(كيفية الظهور والاسباب)

اما انبيما الدماغ الجزئية فتنشأ (اولا) عن امتناع ورود الدم الى بعض اجزاء
الدماغ عقب انسداد الاوعية التي بالدم اليها (ثانيا) عن حصول اوذيما
تفممية حول بورات سكتية او التهاية اولينة او بورات من تولدات جديدة
ونحو ذلك (ثالثا) عن انضغاط الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ
اما بواسطة انسكابات دموية او اورام او غيرها من البورات المرضية المضيقية
لتسرع تجويف الجمجمة

اما كيفية حصول الشكل الاول من هذه الانبيما الذي يظهر في بعض
الشرابين المنسدة ففيه انه على الاعتبارات الاتية وهي
انه لا يظهر في الارانب مثلا علامات الانبيما الدماغية الا عقب ربط
الشرابين السباتيين والفقرين معا فاذا لم يربط جميعها فمات في مناهم
غير ربط يوصل الى الدماغ كمية كافية من الدم بحيث يمنع بالاستطرافات
العديدة السكائبة بين شرايين الدماغ حصول الانبيما في اجزاء هذا العضو
القابلة للدم من الاوعية المربوطة واما الانسان فالامر فيه بالعكس فانه
يحصل عقب ربط احد السباتيين بدون واسطة ظاهرة مرضية تتعلق ولا بد
بالانبيما الجانبية للدماغ اعني شلل احدى جهتي الجسم المقابلة لمحل الربط
وفي احوال اخرى لا تشاهد هذه الظاهرة عقب ربط احد السباتيين وهذا
دليل على انه في مثل هذه الاحوال وصل الى النصف العظيم السكري للدماغ
المهدد بالشلل كمية كافية من الدم بواسطة التفمفات الوعائية سيما بواسطة
المنطقة الشريانية لوليزى وسبب هذا الاختلاف ليس معلوما بالدقة وزعم
المعلم هاس ان سريان السدد الوعائية من محل الربط الى ان تجاوز المنطقة
الشريانية لوليزى يمنع حصول الدورة التفممية الجانبية فعند انسداد
الشريان السباتي الدماغى والشريان الفقرى في جهة أو في الجهتين معا

وهكذا عند انسداد الشريان الدماغى القاعدى لا تحصل غالباً الانيميا الدماغية الجزئية فانه في هذه الحالة تحصل دورة تجمعية جانبية بسرعة بواسطة المنطقة الشريانية لوليزى واما انسداد احد الشرايين الذى ينشأ بعد المنطقة الشريانية لوليزى كشریان حفرة سلويوس مثلاً فانه يكاد ينشأ عنه على الدوام انيميا في محل توزع الشريان المنسد وما ذاك الا لكون شروط حصول دورة تجمعية جانبية غير جيدة

ثم ان التغيرات المرضية التى تؤدى لانسداد شرايين الدماغ هي انضغاطها احياناً بواسطة اورام والغالب ان يكون انسدادها بواسطة سد ذاتية تتكون فيها وبواسطة السدود السيارة الانية لها

ويندر ان عقاد الدم في شرايين الدماغ ذات الجدران السليمة (وهذا ما يسمى بسدد التهوكة) والغالب ان تتكون السدد في المحال التى يتضابق قطر هافها اما بواسطة الالتهاب الشريانى الباطنى المزمن او بما يسمى عادة بالاسفالة الاثيروماتيزية وحينئذ يوجد في سطحها الباطنى عدم استواء وخشونة والسدد السيارة التى تسد بها او هيبة الدماغ عبارة عن تعقيدات ليفية تنفصل من صمامات القلب المريضة كانت متراكمة على سطحها أو عن قطع منفصلة من نفس الصمامات تسير مع الدم ومن النادر ان تكون انية من بورات غنغريئية رئوية أو من سد ذاتية متكونة في الاوردة الرئوية وقد شاهد المعلم ازمارك حالة مهمة فيها اتت السدد السيارة السادة للشريان السباتى الدماغى من انوريزما الشريان السباتى الاصلى اندفعت منه في اثناء البحث عن هذا الورم وسارت مع الدم

ولانضيف الى اسباب الشكل الذى نحن يصدره من انيميا الدماغ الا قليلاً وحيث ان الاستعمال الاثيروماتوزية التى كثيرا ما تنج عنها السدد الثابتة لاوعية الدماغ تحصل على الخصوص في الس المتقدم من الحياة ككاد لا يشاهد انسداد اوعية الدماغ بواسطة سد ذاتية الا عند الأشخاص المتقدمين في السن فذلك مرض من الامراض المهمة للشيوخه وينعكس ذلك بالنسبة للسدد السيارة للشرايين الدماغية فانها تشاهد أيضاً عند الشبان وذلك لان كلام من التهاب الغشاء الباطن من القلب والعيوب المرضية

لصعامة يحصل في كل طور من اطوار الحياة واما كيفية حصول التكرور الجزئي الذي يظهر في كثير من احوال السدد الذاتية والسيارة لشرابين الدماغ فواضحة فان هذا الشكل من اللابن الدماغى يشابه غنغرينة الاطراف الناتجة عن انسدادات وعائية فان موت المنسوج في كلتا الحالتين ينتج عن فقد الجواهر المغذية غير ان الاجزاء الميتة في باطن الجمجمة الغير المعرضة لتأثير الهواء تسكاد لا تقع في الفساد والتعفن وذلك لا يحصل الا متى كانت السدد السيارة التي بها تنسد الاوعية آتية من بورتات غنغري بنية بحيث انه بالسدة الاتية ينتقل التغير المفسد والانسداد الوعائى يؤدى للتغفر بسهولة كلما كان الاستطراق الوعائى الجانبي بطيئا وغير تام فان كانت الاستحالة المرضية لجدر الاوعية التي ادت لحصول سدد ذاتية في الشرايين الدماغية كثيرة الامتداد فالوعية النغممية الجانبية التي فقدت جدرها المرضية مرونتها لا يمكنها التمدد جيداً متى انسدت شرايين عظيمة وحينئذ فالانيميا الجزئية التي تحصل عقب انسداد الاوعية لا يمكن تعادلها الا بكيفية غير تامة فيقع الجزء المعترية الانيميا في اللابن والتكرور وهل يحصل اللابن التكرورى عقب انسداد الشرايين الدماغية بواسطة اسدود السيارة ام لا ذلك امر يتعلق في هذا الشكل بمحل الانسداد ومجلسه حيث ان جدر الاوعية في هذه الحالة الاخيرة يكون سليماً وقابل للتدفع فان حصلت الانيميا في جزء متوزع فيه وعاء منسد بواسطة سدة سيارة امام المنطقة الشريانية لوليزى كذا ان يحصل على الدوام تعادل في الانيميا وبذلك لا يحصل الموت والتكرور في الجزء المصاب واما ان انسدوعاء شرياني خلف المنطقة الشريانية لوليزى بواسطة سدة سيارة كان انهاء الانيميا الجزئية بالتكرور هو الغالب

واما الشكل الثانى من الانيميا الدماغية الجزئية الذي ينشأ عن ظهور اوذىة قهومية في محيط بورة سكنية او التماية او بورة لينة او تولد جديد مرضى فقد ذكرنا فيما سبق انه انتهاء ليس نادراً للاحتقان التواردى الشديد للدماغ وسند كرك ذلك ثانياً عند شرح البورات المرضية المختلفة للدماغ واما الشكل الذي جعلناه ثالثاً من الانيميا الدماغية الموضوعية الناتج عن

الانضغاط الذي يعتري الالهية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة الانسكابات الدموية أو الاورام أو غيرها من البورات المرضية المضيق لموسع تجويف الجمجمة فلم يعتن بشرحه الى الآن فاني انصكرت سابقا كاعظم المؤلفين وجود الانضغاط الدماغى الجزئى وذلك لانى كنت ذهبت من كون هذا العضو غير قابل للانضغاط ومحاط بمحطة بمحطة غير قابلة للتمدد الى ان الضغط المتزايد الذى يؤثر على اى صفر من هذا العضو لابد وان ينتشر مع الاستواء الى جميع اجزائه وكنت اضرب مثلا مشهورا عند العوام لأرتكن اليه فى هذا رأى بان الزجاجة التى يدفع فيها سادة من الفلين بقوة عظيمة لاتنكسر من جهة عنقها غالبا بل كثيرا ماتنكسر من صفر بعيد عن محل القوة المؤثرة سيما فى محل قليل المقاومة لكن بعدة من المشاهدات التى لم تبق ريباى ان اجزاء الدماغ التى تكون مجلسا لبورات دموية مضيقة لموسع تجويف الجمجمة تكون أقل دما زيادة عن باقى اجزاء الدماغ مع ما اوضحه من اعتبار جميع ما يختص بموسع تجويف الجمجمة تظهر الى اهملت امراهما فى النظريات السابقة حتى ادى الحال لاستنتاج خطأ وفى الحقيقة ولو ان الدماغ غير قابل للانضغاط ومحاط بمحطة غير قابلة للتمدد لابد وان يمكن حصول ضغط جزئى فى الدماغ لان تجويف الجمجمة منقسم الى ثلاث خزائن بواسطة غشائين متوزين نوتر ا قويا مان كلاما من الشرشرة الدماغية وخيمة المخنج يحفظ من الضغط اجزاء الدماغ السكائنة فى الجهة الاخرى وبالاقل يحفظه نوعا

والخزائن المذكورة مستطرفة مع بعضها فى الحقيقة ولو كان جوهر الدماغ جرماسا لكان الضغط المؤثر على اى صفر من الدماغ ينتشر انتشارا مستويا عليه ولومع وجود الحواجز المتوترة فى باطن الجمجمة لكن قوام كتلة الدماغ ومرونتها التى لاتسمح كما هو معلوم بان دفاع اجزاء الدماغ المنضغطة نحو الحافة السفلى من الشرشرة أو نحو شرم خيمة المخنج الى التجاوب الاخرى من الجمجمة هما السبب فى حفظ اجزاء الدماغ ولو نوعا السكائنة فى احدى الخزائن من الضغط الواقع على باقى اجزاء الدماغ التى فى الخزائتين الباقيتين والوقاية الحاصلة من الحمة المخنجية اعظم من

الحاصلة من الشرشرة والفصان الخلفيان من النصفين الكريين العظيمين
يكونان مصوتين من الضغط الذي يعتري النصف الكري المقابل لزيادة عن
الفصين الجبهيين لان الشرشرة المخية اعرض من الخلف واعمق من الجهة
المقدمة وسنذكر الاحوال التي ابتكرتها فيما ظن وهي مهمة جداً بالنسبة
لبیان اعراض امراض الدماغ الناتج عن تضيق متسع الجمجمة في المباحث
الآتية

* (الصفات التشريحية) *

الانيميا الجزئية للدماغ لا تعرف دائماً في الجثة مع التأكيد فان توزيع الدم
بعد الموت يختلف عن توزيعه زمن الحياة فان الاجزاء التي كانت مدة
الحياة كثيرة الدم ومقيرة عن غيرها من الاجزاء القليلة الدم تصير بعد
الموت خالية عنه مثلها وهذه المشاهدات يمكن فعلها كل يوم على الجلد
الذي يمكن فعل المقارنة فيه بالنظر وهذا عين ما يحصل في الدماغ أيضاً ومن
المستغرب ان السداد السبارة تكاد توجد على الدوام في الشريان اليساري
لحفرة سلاويوس ومن الجائز توجيه ذلك بان الشريان السباتي اليساري ينشأ
من قوس الاورطي في استقامة اتجاه التيار الدموي بخلاف الجذع الشرياني
الذي له فانه يكون زاوية عظيمة مع القوس المذكور

ثم ان التشكرك في جوهر الدماغ الناشئ عن انسداد الاوعية وعدم تكون
دورة تغذية جانبية كافية يؤدي لاسترخاء ولبس في جوهر هذا العضو ولذا
ان الانيميا الناشئة عن التشكرك تعتبر نوعاً مخصوصاً من اللين الدماغى يسمى
باللين البسيط أو الاصفر والبورة اللينة يكون محلها في الجسمين الكريين
العظيمين ولا سيما في جوهرهما القضاعى بسبب كثرة الانسداد الوعائى فيهما
وعدم تعادله ويختص عظم البورة اللينة فتكون من حجم الفولة الى البيضة
ثم ان درجة اللين تختلف أيضاً في الاحوال المتقدمة يوجد جوهر الدماغ
في المحلات المتشكرك مستحيلاً الى عجينة رخوة متوجه ولون الاجزاء اللينة
يكون تارة مبيضا وتارة سفياسا مبيضا وتارة مصفرافى الحالة الاولى يوجد
حول الجزء اللين هالة محمرة ناتجة عن تمدد الاوعية الشعرية وغزوها وخروج
الدم منها وفي الشكل الاول من الانيميا الدماغية الموضعية الناشئة عن

سد ذاتية او سيار في الشرايين الدماغية لا توجد على الدوام في الصفات
 التشر بحية الاجزاء المتوزع فيها الشريان المنسد ممتعة مع الوضوح بل
 بالعكس فانها كثيرا ما تكون متوشحة بشرايين صغيرة خصوصا في دائرتها
 وهذا التغير مطابق للتغيرات التي تحصل في غير الدماغ من الاعضاء وتكون
 ناشئة عن انسداد الاوعية بواسطة السدد الذاتية او السيارة وتوجيه ذلك
 عسر كما ذكرناه عند الكلام على السدد الدموية لارتئين وحيث كان التمييز
 في ذلك عسرا فلا يعرف هل جزء الدماغ المصاب كان في اثناء الحياة في حالة
 انيميا ام لا فينبغي التمسك بالقاعدة المطردة وهي انه في جميع الاحوال التي
 فيها يملك شخص مصاب بمرض مزمن او حاد في الدماغ معصوب بشلل نصفي
 جانبي ولم يتضح من الصفات التشر بحية توجيه ماعراضه ينبغي البحث بالدفعة
 عن وجود انسداد الشرايين الدماغية سيما شريان حفرة سلويوس فانه قبل
 التنبيه بوجود هذا التغير المرضي لم يستدل بالصفات التشر بحية في كثير
 من الاحوال على اسباب بعض الامراض الدماغية الثقيلة المعصوبة بشلل
 جانبي وكان يقال بوجود سكتة دموية داخل الاوعية وبهذا يقي حصول
 الشلل الجانبي منهم ما بالكليه وكذا التلون الاصفر للبورة اللينة يظهر انه
 يتعلق بالزيف القليل الاتي من الاوعية الشعرية المتفرقة وتشرب جوهر
 الدماغ المتشكر زجاجة الدم الملوثة المتغيرة الخارجة من الاوعية وعند استقرار
 اللين زجاجة ولا تستحيل البورة اللينة الى مادة خلاصة مرشحة بسائل
 ابيض جيري (يسمى بالارتشاح الخلقي) وعند البحث بالميكروسكوب
 عن الاجزاء الدماغية المتشككة لا توجد الا بقايا من الالياف العصبية
 وخلايا ذات نويات وهي عبارة عن الخلايا العصبية المسكدة للاستئالة
 الشحمية أو عبارة عن اخلية الانغماد العصبية المسكدة أيضا للاستئالة
 الشحمية ومواد ملونة فاسدة

واما الانيميا الدماغية التي تشاهد في محيط بورات مرضية محدودة وتكون
 ناتجة عن الاوذيميا الشحمية فتعرف عند فعل الصفات التشر بحية بكون
 الجزء المصاب ذا المعان رطب وقوامه متناقصا وبقلة ارتفاعه عن
 موازاة الاجزاء المحيطة به عند شق الدماغ وفي الدرجات العظيمة يكون جوهر

الدماغ كثير الاسترخاء بسبب الارشاح الخلالي بل ويمكن ان يتكون انتهاء ما يعرف باللين الابيض وقصارى الامر يوجد انسكاب نزيف شعري قليل في محيط الاورام والخراجات محبوب غالباً باذيماء تفهمية جانبية ويسهل في الجملة معرفة الانيميا الدماغية الجزئية التي تكون نتيجة عن دوران مرضية مضيقة لتسع الجمجمة في الاجزاء الدماغية المصابة فان الضغط الذي يحدث بواسطة الانسكابات الدموية العظمية والاورام الكبيرة يكون عظيماً جداً بحيث ان الاوعية الشعرية والشرايين الرفيعة والاوردة لجوهر الدماغ تكون منضغطة خالية عن الدم بل والاوعية الغليظة للسحايا الممتدة اليها هذا الضغط فان كان مجلس البويرة في احد النصفين الكريين برز بقوة عقب فتح الجمجمة بحيث ان الام الجافية تظهر كابية واصكثرتوترا في الجهة المصابة من الجهة الاخرى وعند فتح الام المذكورة ورفعهما يرى ان سطح النصف الكري المريض مستو ولا يوجد في المسافات تحت العنكبوتية إلا قليل من السائل اولا يوجد بالكبة وتكون تعاريج سطح النصف الكري المريض قليلة الارتفاع ومياريه اكثر تفرطها ووعية الام الحنون قليلة الامتلاء او فارغة بالكبة وبالجملة يوجد في سطح شق الدماغ اختلاف عظيم بالنسبة للون النصفين الكريين وبالنسبة لعدد النقط الدموية النابتة من سطح الشق والدلالة الاكيدة على تمام انضغاط الاوعية الشعرية لجوهر الدماغ الذي يكون مجلس البويرة مرضية تؤخذ في مثل هذه الاحوال من كون الشرشرة المخية وخيمة المخيخ منقادتين للضغط الممتد اليهما بحيث تكون الشرشرة المذكورة متحدت بالي الجهة السليمة وخيمة المخيخ تكون أكثر تفرطاً او متحدت ما تكون البويرة المرضية المضيقة لتسع الجمجمة في الحفرة الخلفية منها ومن هذا التغير يستدل ايضا على ان الانيميا لا تكون قاصرة على اجزاء الدماغ المصابة ابتداء بل انها تمتد الى اجزاء أخرى ولو بدرجة قليلة

* (الاعراض والسير) *

الانيميا الدماغية القاصرة على بعض اجزاء الدماغ تؤدي الى ما يسمى بالاعراض البورية وهي عبارة عن ظواهر مرضية متعلقة في الاحوال

التي فيها تكون الانيميا تامة في الجزء المصاب بانطفاء قابلية التنبيه العصبي للجزء الدماغى المصاب أو بعلامات ازدياد قابلية التنبيه أو ثورانه أو ثوراناً مرضياً متى كانت الانيميا غير تامة وفي محيط الجزء الفاسخ من الدم بل وفي الدماغ جميعه تصكون الدورة الدموية مضطربة بحيث ينضم للأعراض اللاواسطية من الانيميا الجزئية أعراض اضطراب الدورة التابعية المتفاوت الامتداد ومع ذلك فلا يكون كل من الأعراض البورية وأعراض اضطراب الدورة الدماغية التابعية والاتحادها ببعض واصفاً للانيميا الدماغية الجزئية ولذا نقول مع الصراحة بعكس ذلك ان كلامنا من الأعراض البورية وأعراض الاضطراب الدورى التابعية والاتحادها ببعض يحصل في كثير من غير هذه الاصابة من الاصابات الدماغية البورية فانتاولوه عرفنا في انشاء الحياة احداثاً كالانيميا الدماغية الجزئية أو الاثخروا مكنائنا في وجود اصابات بورية أخرى الا انه لا يبينى التشخيص الا على اعتبار الاحوال السببية وتتابع الظواهر المرضية ووجود أعراض تدل على المجلس الكثير الحاصل لاحد هذه الاشكال المرضية

ونبتدئ بشرح الصورة المرضية التي تظهر وتسير بها الانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد وعائى ونبين انه باعتبار ما ذكرناه من الامور السابقة لا يندرج مكان تشخيص هذا الشكل من اشكال الانيميا الدماغية الجزئية مع التقريب بل بالتحقيق واليقين ومع ذلك فاسباب السدد الذاتية الاوعية الدماغ تخلف بالكلية عن أسباب السدد السيارة فيها وكذا باقى الامور التي يرتكن اليها في التشخيص لا توافق بعضها في كل من السدد السيارة والذاتية لاوعية الدماغ ولذا اننا نشرح كلامنا من هذين الشكلين على حدته فنقول

اما السدد الذاتية لاوعية الدماغ فسيبها غالباً في معظم الاحوال الانسالة الاثر ما توزية لجدر الاوعية وحيث ان هذا التغير يحصل في الطور المتقدم من الحياة غالباً فمن الواضح البين انه عند مشاهدة امراض آفة ثقيلة في الدماغ عند تشخيص طاعن في السن ضعيف البنية يظن بوجود سدة ذاتية في احدى اوعية الدماغ وشكل ليس الدماغ المتعلق بهذا التغير دون ما اذا

شوه ذلك في شاب قوى البنية متى ظهرت عنده اعراض اصابة دماغية ثقيلة فان كانت الاوعية الشريانية الدائرية مع ذلك يابسة متعرجة في سيرها قوى الظن بان شرايين الدماغ مكابدة لتلك الاستسالة وان الظواهر الدماغية الموجودة متعلقة بهذه الاستسالة ومع ذلك فحالة الشرايين الدائرية وصفنا لا يحكم منها مع التاكيد على حالة وصفة الشرايين الدماغية فانه في كثير من الاحوال تكون هذه الاستسالة قاصرة على اوعية الدماغ وفي غيرها من الاحوال نادرة تكون شرايين الدماغ سليمة من تلك الاستسالة مع انها منتشرة في الشرايين الدائرية وما عدا ذلك فالانيميا الدماغية الجزئية وتنكسر الجزء الواقع في الانيميا ليس هو المرض الدماغى الوحيد الناتج عن الاستسالة الاثر وما توزية في شرايين هذا العضو

ومن المعلوم ان هذه الاستسالة في جدر الاوعية تؤدي عادة لتعدد واتساع في الجذوع الشريانية العظيمة وتضايق في الشرايين الصغيرة فكذا الشرايين الدماغية المكابدة لهذه الاستسالة يحصل فيها تضايق عادة قبل انسدادها بسدد ذاتية وطبقا لذلك لا بد وان تسبق اعراض السدد الذاتية اعنى الانيميا والتنكسر الجزئيين للدماغ الناتجين عن ذلك بظواهر سابقة في جميع الاحوال وهى عبارة عن اعراض اضطراب الدورة الذى يؤدى اليه تضايق احد اوعية الدماغ أو عن اعراض الصهور الدماغى الضخوى الذى يساعدو يسرع في حصوله الاستسالة المرضية لجدر هذه الاوعية الدماغية فنشكى المرضى بالآلام في الدماغ ودوار وطنين في الاذنين وشرر أمام العين وتناقص في القوة المفكرة وفي حديثها فيصرون في حالة نخود لا يعتمنون بما حولهم من الامور ولهم ميل عظيم للنوم غير انه يصير مضطربا بالاحلام مزعجة وفي الغالب تنسداد الشرايين الصغيرة وذلك اما لكون الاستسالة الاثور وما توزية تؤدي ابتداء لانسدادها فيها أو أن قطرها يضيق فينسب بواسطة السدد الذاتية والانيميا الدماغية الجزئية الناتجة عن انسداد اوعية صغيرة تكون قليلة الامتداد ولذا يمكن تعادها بسهولة بواسطة ازدياد توارد الدم من الاوعية المجاورة وحينئذ يظن بوجود هذه التغيرات متى

ظهرت عند شخص منهوك كانت قد اضرته من منذ زمن متعاون الطول
 ظواهر دماغية سابقة اعراض بورية قاصرة على دائرة صغيرة محدودة
 ثم تزول ثانية بعدمكثتها من اقليلاً وذلك كنقص احد الحروف عند التكلم
 او فقد القوة المذكورة لبعض الاسماء او الاعداد والالم والاحساس بالتشنج
 او خدر بعض الاطراف كبعض اصابع اليدين او القدمين احياناً وقد قال
 كثير من المؤلفين ان تعاقب الاعراض لاسيما ظهور الشلل وزواله ظاهرة
 مشخصة للين الدماغ وهذا القول خطأ فانه في الاحوال التي فيها تكون
 الاعراض المرضية قد اظهرت هذا التعاقب ووجدلين الدماغ في الرمة فلا
 بدوان البورة اللينة لا تكون قد حصلت في الزمن الذي كانت تتعاقب فيه
 الاعراض بل بعده زمن متأخر ~~كانت قد بقيت فيه مسفرة~~ واما ظهور
 الشلل القاصر على بعض اجزاء صغيرة محدودة ثم زواله بسرعة فهو عكس
 ذلك دال على الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن استحالة اثير وماتوزية
 وانسد اشرايين دماغية صغيرة بسدد ذاتية متعادل بواسطة ورود الدم
 التفجمي الجانبي بسرعة واما ان انسدت اشرايين عظيمة وانسدت اشرايين
 عديدة صغيرة متوزعة في هذا الجزء من الدماغ بواسطة سدد ذاتية فلا يمكن
 تكون دورة تفجمية جانبية سيما متى كانت الاستحالة المرضية للحد
 الاوعية ممتدة جداً وحينئذ لا تعود لجزء الدماغ المصاب وظيفته ويوجد بعض
 اجزاء للدماغ كالجواهر الالبيض من النصفين الكريين العظيمن مثلاً يمكن
 فسادها بدون ان يدرك قد وظائفها وهذا الامر الثابت بالتجارب يوجه به
 وجود احوال من لين الدماغ لا يظهر في اثناء سيرها طواهر شلل ويجب
 علينا معرفة ذلك حتى ندرك ان تشخيص لين الدماغ احياناً لا يتميزه عن
 الضمور الشخوني غيرمكن وذلك لفقد الامر المهم الذي يرتكس اليه
 في التشخيص التمييزي ومع ذلك في الغالب تمتد نتائج السدد الذاتية
 للشرابين العظيمة اول عدد عظيم من الشرايين الصغيرة الدماغية الى اجزاء
 من هذا العضو يؤدي فقد وظيفتها الى ظواهر شلالية ولا سيما الفالج اعني
 الشلل النصفي الجانبي اى الى الاجسام المضلعة والاسرة البصرية
 وفي الحقيقة الشرايين التي تغذي النصفين الكريين والعقد العصبية

العظيمة الكائنة فيها هي الاكثر اصابة وانسداداً بالسدد الذاتية بل وفي
الاحوال التي فيها لا يمتد كل من الانهيا الناجمة عن الانسداد الوعائي بلا
واسطة اولين الدماغ الذي ينتج عن ذلك الى الاجسام المضلعة والاسرة
البصرية لا بد وان تفتقد هذه الاخيرة وظيفة اما بواسطة الاوذىما التوهمية
الجانبية الحاصلة في محيط البورة اليمينة او بواسطة الضغط الذي يعترى
الاوعية الشعرية لجميع النصفين الكريين من هذه الاوذىما وان انسدادها
عظيم بواسطة سدة ممتصة بجدره ثم غت بالتدريج او انسدت شرايين عديدة
صغيرة احداها بعد الاخرى بواسطة تلك السدد الذاتية ابتداء الشلل
بالتدريج ثم يصل شيئاً فشيئاً الى درجة عظيمة والاحوال التي تسير بهذه
الكيفية تسهل معرّفها فانه وان كان الشلل الحاصل تدريجياً والمرتقى ببطء
يحصل في كثير من غير هذا المرض من امراض الدماغ الا انه يجب علينا عند
مشاهدة تلك الظاهرة في شخص من منهل وكان معتريه الظواهر الدماغية
السابق ذكرها الا بدوان يظن ابتداء بانه مصاب بانسداد ذاتي في اوعية الدماغ
وشكل الاين الدماغى الذي نحن بصدده وفي اثناء ازدياد ظواهر الشلل
وامتدادها التي ينضم اليها غالباً انقباض واعتقال في الاجزاء المشلّة بدون ان
يمكننا توجيه هذه الظاهرة تقع المرضى في حالة هبوط وبلى وتخرج منهم المواد
البرازية بدون ارادة ويحصل لهم هنعرينة وضعية ثم نهلك في حالة نهوك
وكوما وفي احوال أخرى يختلف السير منى انسدت اوعية عظيمة او عدد عظيم
من اوعية صغيرة بواسطة السدد الذاتية انسداد امرى اذنى مثل هذه
الاحوال يحصل الشال الجانبى أى الفالج فجأة وبذا قد تظهر صورة مرضية
مشابهة بالكلية لصورة التزيف الدماغى وهذا التشابه سهل الادراك فانه
في احوال التزيف الدماغى تتم تلك الاجسام المضلعة والاسرة
البصرية غالباً او اهما تفتقد وظيفتها عقب الضغط الذي يعترى اوعية
الشعرية لجميع النصف الكرى عقب الضغط الناتج عن انسكاب دموى
غريرو وكذا في احوال التزيف الدماغى يحصل الفالج بغتة وينضم لذلك ان
تترق اوعية الدماغ يحصل بالخصوص عند الشيوخ وان هذا الترق ينتج
في معظم الاحوال عن اصابة جدر اوعية بالاسهالة المرضية التي تؤدي

السدة الثانية غالباً ولا تتعرض لسرد الاعراض التي ينبغي على معرفتها فعل
التشخيص التمييزي بل نذكر هنا فقط قول (جبرج) الذي تقرّب فضله العلوم
الطبية وتشهد له بكونه فر يدوقته في التشخيص حيث ذكر انه قيد
في مشاهداته سبعة أحوال شخص فيها المرض خطأ ولم يستبين الامر
ويتضح مع التحقيق الابقول الصفات التشريحية وذكر أيضاً انه لا يمكن
تجنب هذا الخطأ ويندر الحكم مع التأكد بتشخيص الزيف الدماغى
في كل نسبة سكتية

وكذا شكل الانيميا والنكروز الجزئيين للدماغ الناشئين عن سد سيارة يكاد
يسبقهما على الدوام ظواهر مرضية سابقة واصفة لانها ليست عبارة عن
ظواهر مرضية آتية من جهة الدماغ كما في الشكل السابق من الانيميا
الدماغية الجزئية بل عبارة عن اعراض امراض تسكاد تؤدي على الدوام
لسبح السدة السيارة في اوعية الدماغ أعني اعراض آفة في احد الصمامات
القلبية او التهاب الغشاء الباطن من القلب وتغير مرضى ثقيل مفسد
في جوهر الرئين فوجود ظواهر مرضية سابقة من هذا القبيل او عدمه
والاستدلال عند البحث عن المريض بوجود آفة في الصمام او التهاب في
الغشاء الباطن من القلب وتمتلك في جوهر الرئين او عدمه له أهمية عظيمة
في التشخيص والتمييز بين وجود انسداد وعائى في احد شرايين الدماغ بسدة
سيارة أو غيره من امراض الدماغ بحيث انه عند وجود مجموع اعراض من
هذا القبيل يمكننا تشخيص السدة السيارة في الدماغ مع التأكد في الحالة
الاولى ورفضها مع التأكد في الحالة الثانية فانه بواسطة امتناع الدم
الشريانى فجأة عن احد اجزاء الدماغ الناتج عن انسداد شريانه يفقد هذا
العضو وظيفته فجأة ايضا وحيث يكاد تبعاً للتجارب المعروفة ان السدة
السيارة تسد على الدوام شريانى حفرقى سلقبوس لاسباب اليسرى وان
انسداد هذا الوعاء العظيم ينتج عنه انيميا النصف الكرى العظيم المتغذى بهذا
الشريان فمن الواضح ان الشلل الجانبي اى الفالج الجنى الطارئ فجأة هو
العرض المهم الذي يستنتج منه سدة سيارة في احد شرايين الدماغ
وسداله عند مرضى معترية آفة صمامية في القلب واما فقد الادراك التام

اى النشبة السكتية الذى يصاحب انسداد احد شرياني حفرى سلفيوس
 ويعقبه على الدوام طر والشلل النصفي الجانبي فمسر التوجيه ونفس نظن انه
 من القريب للعقل ان هذه الظاهرة تنتج عن انتفاخ النصف الكرى
 المصاب انتفاخا عظيما بواسطة الاوذيا النغمية الجانبية وان (مثل ما يحصل
 في الانسكابات الدموية العظيمة) النصف الكرى المقابل لا يكون محفوظا
 بالكلية من الضغط الواقع عليه من النصف الكرى المريض بواسطة الشرشرة
 الخفية التي ليس لها الدرجة مقاومة قليلة واقله انسانا شهد على الدوام في
 احوال السدد السيارة لبعض الشرايين الدائرية او ذمما عظيمة ممتدة في
 محيط الشريان المنسد وكذا يشاهد في احوال السدد السيارة للشريان
 الطحالي انتفاخ اذ ذى اوى عظيم في هذا العضو ومن الواضح البين ان الشلل
 النصفي الجانبي الطارئ فجأة المحسوب ابتداء بنشبة سكتية يمس اختلاطه
 بالتزيف الدماغى ويجوز الارتكان الى السن في التمييز بين التزيف الدماغى
 والسدد السيارة لاوعية هذا العضو فان التزيف الدماغى يحصل غالباً عند
 المتقدمين في السن واما السدد السيارة فتحصل في جميع اطوار الحياة ولذا
 يكون الظن عند اصابة شخص شاب بوجود سدة سيارة أقوى من وجود
 نزيف دماغى لكن الطريق الوحيدة لعدم الوقوع في الخطا هو البحث بالدفقة
 عن القلب والرئين وزداد التأكد في التخصيص بالاستدلال حال البحث
 على وجود آفة همامية وغير هامتى امكن مع ذلك اثبات وجود سدد سيارة
 في شرايين دائرية او شرايين بعض الاعضاء الباطنية كالطحال والكليتين
 وفي غالب الاحوال يطرأ الموت بعد الفوبة بزمان متفاوت مع اعراض الشلل
 العموى وفي احوال اخرى يعود الادراك ثانياً ومن النادر زوال ظواهر
 الشلل وهذا الامر ينتج كما بيناه عن صعوبة حصول دورة تغذية جانبية
 واما الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن اوذمما تغذية جانبية في محيط
 الخراجات والاورام وغيرها من البورات المرضية فانها تتضح على حسب
 درجة الانيميا اما بظواهر التبيح او ظواهر الشلل التي تضاعف الاعراض
 اللاواسطية لتلك الاصابات البورية وباضطراب في وظائف اجزاء الدماغ
 السكاثة بعيدا عن تلك البورات المرضية وعند فعل الصفات التشريحية

وان كان من العمر جدا التآكدم وجود الاوذيميا او الانبيسا الشعرية
في محيط الخراجات او التولدات الجديدة ونحو ذلك ودرجة امتدادها الا انه
يجوز لنا القول بان محيط تلك البورات المرضية في الدماغ يشابه ويطابق
ما يحصل في الاجزاء المشاهدة بالنظر والذي يحرفنا على هذا القول واعتباره
هو انه لم يخف على كثير من المؤلفين انه كثيرا ما يظهر في احوال الاصابات
الجزئية للدماغ اعراض لا يمكن نسبتها للتغير المادى الجوهرى في الدماغ
الذى يوجد في الجثة عند فعل الصفات التشريحية بل ينسب ولا بد لتغير غير
مدرك في اجزاء الدماغ الكائنة في محيط تلك البورات المرضية ومن
القرىب للعقل جدا ان هذه التغيرات تتعلق باضطراب في الدورة الشعرية
وظهور الاوذيميا وذلك لان هذه التغيرات كثيرا ما تبقى اثر في الجثة بحال
أخرى وقد ندلنا الاعراض المشاهدة في انشاء الحياة على امتداد
الاضطرابات الدورية التابعة والاوذيميا التغممية الجانبية دلالة واضحة
زيادة عن فعل الصفات التشريحية فمثلا ان شوهد شلل او تشنج عند وجود
بورات مرضية غير مضبوطة لتسع الجمجمة في الجوهر القشرى او القضاعى
للتصفيين الكريين التى تهتكها وفسادها لا يحدث تشنجات ولا شللا دل ذلك
على امتداد التغير الذى نحن بصددده الى اجزاء بعيدة عميقة من الدماغ
وحيث تحقق بالتجارب العديدة انه يمكن تمك وازالة احد نصفي المخ
بدون ان يحصل شلل جانبي لا يمكن حينئذ نسبة وجود هذا الشلل الجانبي
في احوال الاصابات الجوهرية القاصرة على المخ للاصابة المرضية لهذا
العضو بلا واسطة بل من امتداد الاوذيميا الجانبية على اجزاء من الدماغ التى
ينتج عن فقد وظيفة مثل نصفي جانبي فالمشاهدة الجعيفة من انه في احوال
الاصابات الجانبية للمخ لا يشاهد في بعض الاحوال شلل نصفي جانبي وفي
احوال أخرى يشاهد الشلل في الجهة المسامطة وفي بعض الاحوال في الجهة
المقابلة توجه ولا بد بكيفية بسيطة وهو انه في الحالة الاخيرة تمتد الاوذيميا
التغممية الجانبية على طول فخذى المخ الى الحدة المخية (اى قنطرة
فارول) والى الجهة الجانبية من تلك القنطرة بخلافها في الاحوال التى فيها
يكون الشلل مصريا للجهة المسامطة اى التى توجد فيها اصابة المخ يكون

امتداد الاوذى على طول نخلى الخنج الى الفخاع المستطيل والى الاحبة
الجانبية من هذا العضو وفى الاحوال التى لا يوجد فيها شلل جانبي لا تكون
الاوذى التنفذية الجانبية ممتدة الى اجزاء من الدماغ يودى فقد وظيفة لها
للشلل وجميع هذه الامثلة يكفى فى بيان اهمية الانبيسا الدماغية بالنسبة
لمجموع الاعراض المصاحبة لامراض الدماغ الفاصرة على بورات محدودة
وقد ذكرنا فيما تقدم ان تعاقب الاعراض اعنى التحسين والانشاق الوقتيين
المشاهدين فى اثناء سير امراض الدماغ يتعلق غالبه بتناقص الاوذى
التنفذية الجانبية فى محيط البورات المرضية الدماغية وتزايدها

واما الشكل الثالث من الانبيسا الدماغية الجزئية اى الناجم عن الضغط
الذى يعترى الاوعية الشعرية لبعض اجزاء الدماغ بواسطة بورات مرضية
مضيقا لتسع الجمجمة فانه يودى لمجموع اعراض مستمرة واصف يختلف ولا بد
على حسب كون مجلس الانبيسا فى احد النصفين الكرى بين العظمين أو الآخر
أوفى الاعضاء الكائنة اسفل الحزمة المخيضية فانه متى انضغطت الاوعية
الشعرية لاحد النصفين الكرى بين اما بواسطة انسكاب دموى او ورم
او غيره من البورات المرضية المضيقا لتسع تجويف الجمجمة نشأ عن ذلك
ولا بد لشلل جانبي مهما اختلف مجلس البورة المرضية المخيضية وهذا الشلل
يكون قاصرا على الجهة السفلى من الوجه وعلى الطرفين المقابلين للجهة
المرضية وكثيرا ما كان يستغرب انه فى كثير من احوال البورات المرضية
الكائنة اعلى النصف الكرى او اسفله أوفى باطنه يحصل الشلل النصفى
الجانبى وفى احوال أخرى لا يحصل هذا الشلل ولومع وجود بورات مرضية
فى قاعدة احد النصفين الكرى بين او على سطحهما المحذب اوفى باطن الجوهر
الابيض القاعى له بل وفعلت تناويم عديدة بها تضع هذا الاختلاف
الجهيب ونحن نقول انه لا فائدة فى هذه التقاويم ما لم يعتبر فيها نوع الاصابة
المرضية ونظن انه من المهم تمييز نوعين من البورات المرضية لكل منهما
نتيجة مختلفة احدها تشغل حيزا اعظم من حيز الالياف والعقد العصبية
التي حلت محلها وثانيتهما تسكون بعكس ما ذكرنا فالبورات المرضية التى
مجالسها قاعدة النصفين الكرى بين العظمين او سطحهما المحذب او الجوهر

الغضاعي لهما لا تؤدي لشلل نصفي جانبي الا اذا كانت مضيقا لتوسع تجويف الجمجمة وفي الاحوال المغايرة لذلك لا تؤدي لحصول الفالج (مالم تكن قد حصلت او ذمما تفهمية جانبية في محيطها وامتدت الى احد الاسرة البصرية او الاجسام المضلعة) وهناك امثنا آت من ذلك وهي الاحوال التي توجد فيها اصابات مرضية في أحد النصفين الكريين ينتج عن مقصدها بلا شك ضيق في متسع تجويف الجمجمة بدون ان ينشأ عنها الشلل الجانبي ففي الاورام التي تمويط ويحصل ضمور في الدماغ عادة بحيث انه يتلاشى جوهر هذا العضو توجد مسافة في تجويف الجمجمة بدلا من التي شغلها الورم النامي شيا فشيأ في مثل هذه الاحوال لا تحصل الانبياء في اجزاء النصف الكري المصابة عقب انضغاط أو عيتها الشعرية فلا يحصل الشلل الجانبي حينئذ مالم يكن مجلس الورم في أحد الاجسام المضلعة أو الاسرة البصرية وزيادة عن ذلك ينبغي لنا ان ذكر الاستطراق المتسع الكائن بين الحزنتين العلويتين لتجويف الجمجمة في جزئها المقدم فانه من الواضح ان الضغط الذي يعترى أحد النصفين الكريين هنا يمتد بعمولة الى النصف الكري الآخر دون محال اخرى ومن المعلوم انه كلما انتشر الضغط وتوزع كان تأثيره اقل وباعتبار جميع هذه الاحوال يتضح انه في احوال الاصابات المرضية للنصفين المقدمين من الدماغ التي لا تضيق متسع تجويف الجمجمة بدرجة عظيمة لا يعترى كذلك الاوعية الشعرية للنصف الكري المصاب ضغط تام بحيث لا يحصل الشلل الجانبي بالكلية أو غاية ما هنالك بدرجة واهية هذا بخلاف امتداد الضغط على النصف الكري الآخر فانه يتضح بطرق اضطرابات عقلية تفقد عادة عند وجود اصابات مرضية قاصرة فقط على أحد النصفين الكريين العظمين ومن الجائز ان الافازيا (أى فقدان التكلم) الذي يوجد غالبا عند إصابة أحد الفصين الجبهيين للجسم اليساري منهما (لكن ليس دائما) يوجه بالكيفية الآتية وهي ان الضغط المؤثر على أحد الفصين الجبهيين يمتد بسهولة الى الفص المقابل فانه لا يتصور مع تمام انتظام شكل النصفين الكريين وجود عضو منفرد في أحد هما دون الآخر وأما مجموع الاعراض الذي يصاحب انضغاط الاوعية الشعرية لاجزاء

الدماغ الكائنة في الحفرة الخلفية من الجمجمة فكثير الوضوح والاستقرار
 ويوجه ذلك بانخية المخيخ تقاوم الضغط الواقع عليها أكثر من مقاومة
 الشرشرة الخفية له وكذا يكون الاستطراق الكائنين بين الخزانيتين الخلفيتين
 السفليتين للجمجمة المحدودتين بخية المخيخ والقعدوى وبين الخزانيتين
 العلويتين اقل اتساعا عن الاستطراق الكائنين بين الخزانيتين العلويتين
 وبعضهما فانه في احوال تشخيص امراض الدماغ يسهل الوقوع في الخطأ
 كما هو معلوم لكن لا نذكر اني أخطأت في تشخيص بوزة مرضية مضيق
 لتسع تجويف الحفرة الخلفية من الجمجمة بل وكثير من تلامذتي أكد لي
 سهولة تشخيص ما ذكر طبعا لما تقرر مني وانه تشخيص ذلك مراراً كد
 له ذلك بالصفات التشريحية ومجموع الاعراض الذي يستنبط منه انضغاط
 الاوعية الشعرية للاعضاء الكائنة في الحفرة الخلفية هو ما يأتي
 وهو عبارة عن آلام في قسم القعدوى رقي، سباتوى ونوع مخصوص من
 الدوار وضعف في الحساسية والحركة لا يصل الى الشلل والحدرات التامين
 ويكون ضعف الحساسية والحركة يمتد باسواء في جميع الجسم وتعمد النطق
 والازدراد فاما الآلام القعدوية فتشأؤها بلا شك الالياف العصبية من
 التواحي الثلاث المتوزعة في الخية الخفية المتوزعة واما القى والسباتوى
 فليس له اهمية تشخيصية على حدته لانه يحصل في الامراض الدماغية
 المختلفة لكن بانضمامه الى الاعراض الاخرى يعين على وصف هذه الحالة
 المرضية وتشخيصها واما الدوار الذي يوجد في احوال البورات المرضية
 المضيق للحفرتين الخلفيتين من الجمجمة فليس مجرد هوس ولا احساسا
 شخصيا لتحرك حقيقى غير موجود في الجسم أو ما يحيط به ولا يطرأ مثل
 هذا الشكل الاخير الموصى من الدوار عند السكون او الجلوس بل
 عند فعل حركات جسمية مخصوصة فعلى الطبيب ان يتسك بالقاعدة
 المذكورة وهي انه عند تشكى كل مريض بالدوار يسأل هل نوب الدوار تطرأ
 حالة السكون او فقط عند المشى او القيام فان اجاب بالاخير كان عند الطبيب
 امر مهم يتسك به في التشخيص فان الدوار الناشئ عن اصابة مرضية
 مضيق لتسع الحفرة الخلفية من تجويف الجمجمة ينتج كما اثبتته (امر من)

ثبوتها واضحا عن حركات اهتزازية حقيقية في الجذع لا يدرکها المريض
ادراكا تاما بل تحدث اضطرابا في حساسية ثقله وكان ولا يتحصل عند
الشخص السليم وقت المنى او القيام حركات اهتزازية في الجذع لولا انها
تعاكق وتتعاقل بانقباض العضلات الممددة للعمود الفقري والمائلة الى
احدى الجهتين فانه عند المشي المستقيم الثابت يعرف انقباض العضلات
الممددة للعمود المذكور بتوتر جسمها وظهوره الذي يتم بالنعود المستطيل
الغير المدرك وهذا النعود المعيق للانقباض العضلي لحركات الجسم
المخاضية واهتزازية يكون مضطربا عند الاشخاص المصابة ببوران
مرضية مضيقة لتوسع الحفرة الخلفية الجمجمة بدرجة عظيمة جدا حتى ان ذلك
يعضده قول جوسفيج بان المخيخ منوط بالدخل العصبي للجذع واستقامة
العمود الفقري واما ضعف الاحساس والحركة الذي يجمل المريض في حالة
اهتزاز واضراب بدون ان يرقى الى درجة فقد الاحساس والشلل التامين
فيوجهه بأن الالياف العصبية الناشئة من المخ وباردة من الثقب القمعدوى
العلوى الى الحفرة الجمجمة الخلفية ويتركها مارا من اثقب القمعدوى
السفلى يعترضها ضغط حالة سيرها وبذا يحصل عوق في سر يان التنبيه
العصبي المركزي من الدماغ الى الاعصاب المحركة وكذا في سر يان التنبيه
الدائري من الاعصاب الحسية الى الدماغ واما اضطراب التكلم فينتضج
بعمولة انه ليس ناتجا عن نقص في المفكرة لعدم القدرة على وجود الفاظ
مطابقة لافكار المريض بل عن عدم التمكن من اجراء الحركات الضرورية
للتكلم الواضح بسرعة وانطلاق واما اضطراب الازدراد فهو عبارة عن
صدوبة فيه وغالبا يحصل للمريض ما يسمى بالشرق حال الشرب ومن المشكوك
فيه هل اضطراب النصق والازدراد ناتج عن عوق فعل كل من العصب
الساني او اللسان البلعومي الحاصل في منشأ كل من احدهما من العصبين
او فيهما معا بواسطة البورات المرضية المضيقة لتوسع تجويف الجمجمة
السكائنة في الحفرة الخلفية منها ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ظواهر
مرضية عصبية موضعية ناتجة عن اصابة احد الفروع العصبية وان وقع
الضغط على محل تقعر الاوردة الدماغية العظيمة في الجيب المستقيم وحصل

هو في استفرغ دم الجيوب الدماغية انضم لذلك ظواهر استسقاء دماغي
مزمن وسيأتي بيان ذلك عند الكلام على أورام المخيخ وخواجهاته هو
والحدبة المخية والتضاع المستطيل وعند الكلام على الاستسقاء الدماغي
المزمن أيضا فالتعرض هذه الألائك الظواهر المرضية التي تشاهد عند
وجود بورات مرضية مضمخة لتوسع تجويف الحفر الخلقية من الحجمة مهمما
كان نوعها واختلاف مجلسها

﴿المعالجة﴾

معالجة الانيميا الجزئية وتتركز الدماغ لا يتحصل منها على فائدة عظيمة فانه
في احوال السدد الذاتية والسيارة في شرايين الدماغ لا يمكن تجنب حصولها
ولا ازالة العائق المانع لوصول الدم بوسائط علاجية فعلى الطبيب حينئذ
مساعدة تكون دورة تفعمية جانبية على قدر الامكان بدون ان يعرض
المريض لخطر جديدة بواسطة احتقانات تواردية تفعمية جانبية قوية
واتمام هذه الدلالة صعب ومن الجائز احداث الضرر في هذه الحالة بدلا عن
المنفعة وكلما كانت ظواهر الشلل الجزئي واضحة مستعصية بدون ان ينضم
لها ظواهر تهيج كلما كانت الطريقة العلاجية المقوية المنبهة أكثر جودة
ومنفعة وعلى حسب ذلك نرى انه يوصى في جميع احوال اين الدماغ باستعمال
الوسائط المنبهة واما ان طرأت ظواهر التهيج الناتجة عن احتقان تواردي
وحصلت آلام شديدة في الرأس وانقباضات عضلية ونحو ذلك فبوصى
باستعمال التبريد على الرأس وتكرار ارسال العلق خلف الاذنين والمخولات
على الفناقة المعوية وان كانت ضربات القلب سريعة وفي حالة تنبيه او تقطع
وجب تلطيفها باستعمال الديجيتال بخلاف ما اذا كانت ضعيفة والنقبض
صغيرا فتستعمل الوسائط المنبهة كالنيبيذ والاقير وغير ذلك واما
الاستمراعات الدموية العامة فينبغي غاية الاحتراس في استعمالها فانه كثيرا
ما يدمقها الهبوط والشلل فعلى حسب ما قررناه لا يمكن وضع قواعد عامة
في معالجة هذا المرض وانما تكون المعالجة مطابقة للحالة الشخصية الراهنة
واما معالجة الانيميا الدماغية الجزئية الناشئة عن الاوذيميا التفعمية
الجانبية وعن انضغاط الاعوية الشعرية فستسكاهم عليها عند الكلام على

تلك الامراض البورية التي ينضم اليها هذا الشكل من الانيميا الدماغية
(المبحث الخامس)

(في التزيف الدماغى المعروف بالسكتة الدموية)
(وعند العوام بالنقطة أو الفالج)

يهتئ بالسكتة الدماغية الفقد الفجائى المتفاوت الدرجة فى الوظائف الدماغية
وقد يزل ذلك عدة اشكال على حسب كون شلل الدماغ ناشئاً عن انسكاب
دموى أو ارتشاح مصلى أو تغير مادى مدرك أو غير مدرك فى الجوهر
الدماغى فنسمى حينئذ بالسكتة الدموية أو المصلية أو العصبية أو نحو ذلك
والذى تسكلم عليه هنا هو السكتة الدموية أعنى اصابة الدماغ المتعلقة
بقزقات وعائية وانسكاب دموى سواء نهب عن ذلك امراض شلل جأئى فى
الوظائف الدماغية أم لا

* كيفية الظهور والاسباب *

الانزفة الدماغية تكاد تحصل على الدوام من الاوعية الشريانية الدقيقة
او من الاوعية الشعرية للدماغ وتارة تنشأ عن تغير فى جدر الاوعية
المدكورة أو فى جوهر الدماغ المحيط بتلك الاوعية او عن ازدياد ضغط الدم
الواقع على جدرها والغالب حصول التزيف من اجتماع جملة من تلك
الاسباب فاما تغير جدر الاوعية الذى يتعلق به غالباً تمزق جدرها فهو
الانتهاء الاعتيادى للالتهاب الشريانى المشؤ وكثيراً ما يحصل ذلك فى سن
الشيوخه كانه عليه الوقراط حيث ذكر ان اكثر ما يحصل هذا المرض
بعد سن الاربعين وكذا الاستهالة الشحمية البسيطة لجدر الاوعية غير
الناجمة عن حالة انتهائية فيها وتوجد عند الأشخاص الرديئى التغذية
والمصابين بالخلاوروز فانها تؤدى الى سهولة تمزق جدر هذه الاوعية ولندكر
هنا ان هذه الاستهالة تشاهد بكثرة فى الرمة اكثر من السكتة ثم ان التمزق
التمام يحصل احياناً فى الطبقة الباطنة والمتوسطة قبل الظاهرة فتعقد هذه
الاحيرة بدفع الدم لها فينتج عن ذلك نوع تمددات اينوريزماوية صغيرة
منتشرة وقد تشاهد احوال يحصل فيها تمزق جدر الاوعية بسهولة بدون
ان توجد تغيرات مدركة فيها كما يشاهد ذلك بندرة فى اثناء نقاهة الشيفوس

والتسمم الحديدى الحاد وسير الاسكر بوط

وفد ذكرنا في المبحث السابق ان الين التنكسرى لجوهر الدماغ وتلاشيها
كثير اما بعقبه نزيف شعري في محيط البورة المرضية لسكن الاكثر في انتاج
التزيف الدماغى هو ضهور جوهر هذا العضو بالتدريج لان ذلك يؤدي
لتمدد الاوعية وتمزقها فانه يضور الجوهر الدماغى لا يمكن ان يتكون خلوة لهذا
كان كل من ازداد السائل الفقرى الدماغى وتمدد الاوعية ملازما للضهور
الشعري وضهور هذا العضو بعقب كثير من هذه الامراض المختلفة ومن
الجائز ان حصول السكتة الدماغية بكثرة عند التقدم في السن منوط بهذا
الامر كما ان ميل هذه السكتة للنسكسات متعلق بضور الدماغ الناتج عن اول
نوبة منها

واما الزيادة ضغط الدم على جدر الاوعية وهو الرئيس في احداث هذا المرض
فينشأ (اولا) عن جميع الاسباب المحدثه للاحتقان الدماغى كما ذكرنا ذلك
في المبحث الاول والثاني وكذا حصول نوبة السكتة الدماغية عقب الافراط
من المأكول والمشرب مدة تعاطيها يدل على ان الاحتقان الدماغى المتعاقب
بالامتلاء الدموى الوقى كثيرا ما يكون أحد الاشكال الخطرة للسكتة
الدماغية وزيادة عن ذلك فلضخامة البطين الايسر من القلب أهمية عظيمة
في احداث تمزق اوعية الدماغ لاسباب شكل الضخامة الذى ينتج عنه
الالتهاب الشريانى البساطى المشوه المتمد فانه حينئذ يكون الخطر مزدوجا
وهو شاشة جدر الاوعية والضغط المتزايد للدم الواقع عليها وينضم لذلك
ان جريان الدم في الشرايين الصغيرة يكون مستويا بحيث ان توتر جدرها
يكون في اثناء حركة انقباض القلب وانبساطه مستويا تقريبا وفي الاسترخاء
الاثير وماتيزيه المتمد تكون تلك الاوعية نابضة بحيث يعترى جدرها
في اثناء كل حركة انقباض قلبى ازدياد عظيم في التوتر الطبيعى المتوسط
الشدة ومن الواضح ان هذا الامر يعين كذلك على سهولة تمزق هذه
الاوعية المريضة فتعلق التزيف الدماغى بالمضاعفة التى نحن بصدددها كثير
جدد احتى انه في الحالة الراهنة يرتكن ولا بد في تشخيص هذا المرض على
اثبات وجود ضخامة في البطين الايسر وانحلال اثر رماتيزية في جدر

الشرايين

ثم ان السكتات الدماغية تحصل في كل فصل من السنة لكن أحيانا تحصل
بجملة أحوال من هذا المرض مع بعضها في آن واحد بدون معرفة السبب كما انها
تشاهد في أي وقت من اوقات النهار حتى فعلت بعض تقاويم على كثرة
حصولها في اثناء ساعات الصباح وانظر والمساء والسق المتقدم وان كان
اكثر عرضة لهذا المرض فقد يشاهد في الاطفال والرجال اكثر مما يراه عن
النساء ولا توجد هيئة سكتية متصفة (كما يقال) بقصر العنق وعرض الكتفين
(الصفات التشريحية)

التزيف الدماغى يكون اما شعريا او مكتوبا لبورة نزيفية على حسب كون
التزيف مكتوبا لانسكابات صغيرة متقاربة لبعضها او لبورة عظيمة
ففي التزيف الشعري يظهر جوهرا الدماغ في محل كثير الاعتماد او قليلا
منقطا بلون محمر يميل للحمرة بواسطة الانسكابات الدموية النقطية الصغيرة
وجوهرا الدماغ السكاثن بين هذه الانسكابات يكون اما حافظا للونه وقوامه
الطبيعيير او ملونا بلون محمر أو مصفر بحسب اختلاف درجة تشربه او يكون
مسترخيا رطبا او مستحيلا الى عجينة رخوة مقللة بالانسكاب الدموى
وهذا (ما يسمى بالير الاحمر)

واما لبورات الدموية فان كانت صغيرة كانت فيها الياف جوهرا الدماغ
متباعدة عن بعضها وان كانت عظيمة الاتساع فاليف في هذا العضو تنبدد
وتتلاشى وتختلط بالدم المنسكب في الحالة الاولى يكون شكل البورة
مستطيلا على حسب اتجاها الياف الدماغ وفي الحالة الثانية يكون شكلها
مستديرا أو غير منتظم وجدر البورة في الحالة الاولى تكون ملساء وفي الحالة
الثانية تكون غاليا مشرذمة ومحاطة بطبقة من جوهرا الدماغ بعضها بعض
خطوط مرتمشة بالدم وقوامها عجيني وعظم البورة يختلف فيكون من حجم
حبة الشهد انجح الى قبضة اليد وان كان وضع البورة قريبا من أحد الجيوب
الدماغية ثقب جدره وانسكب الدم فيه غالبا واما اذا كانت موضوعة
بقرب سطح هذا العضو انثقب جوهرا القشرى والام الحنونة وانسكب
الدم في الحلايات تحت العنكبوتية والغالب انه لا توجد الا بورة واحدة في

الدماغ ويندر وجود عدة منها ومجلس هذه البورات السكتية الاجسام
 المضلعة والامرة البصرية والجوهر القشري النصفين الكربين واقل من ذلك
 حصولا وجود البورة السكتية في الجوهر القشري للخ وفي المنخج والقنطرة
 ويندر جدا وجود هذه البورات السكتية في الاجسام التوأمية والقضاع
 المستطيل ولا تكاد توجد بالكلية في الجسم النمدل ولا المثمبي ثم ان متحصل
 البورة السكتية الجديدة يتسكون من دم ومن جوهر الدماغ المتلاشي والدم
 اما ان يكون سائلا او مكابدا لا انعقاد وحينئذ تكون المادة اللبغية متراكمة
 على دائرة البورة والدم السائل في مركزها واما قليل بكابد متحصل
 البورة وجدره تغيرات مخصوصة فان مادة الدم اللبغية والجزئيات الدماغية
 المتلاشية المختلطة به تسعين الى اداة لاشكل لها وبعبر متحصل البورة سائلا
 ولونه الاحمر المسمر سجايا ثم زعفرانية امصفر او تتكون من المادة الملونة للدم
 مواد يجمينية او بورات وحينئذ تتكون طبقة من المنسوج الخلوي بين الالب
 العصبي للدماغ والبورة السكتية وبذلك تتكون طبقة ممبكة نديسة تحيط
 بالبورة وتركيبها كما انه يتكون في باطن البورة الياف خلوية رقيقة تبطن
 جدر البورة من الباطن وتمتد من احد الجدر الى الآخر ثم بعد زوال عناصر
 الانسكاب الدموي وامتصاصها وتلاشيها تملئ البورة بمادة سائلة مصلية
 وحينئذ يوجد في باطن الدماغ تجويف ممتلئ بسائل شفاف ومحاط بجوهر
 خلوي ندي ومبطن بالياف خلوية رقيقة ملونة بلون مصفر يجمنتي وهذا
 ما يسمى بالكيسر السكتي وهذا الكيس يبقى على الدوام غالبا لكن
 احيانا يمتص سائله وتتقارب جدره من بعضها ولا تكون منفصلة
 الا بطبقة يجمينية وهذا ما يسمى بالنذب السكتية واما التهام البورات
 السكتية الكائنة في الجوهر القشري فتختلف عن ذلك فان الانسكابات
 الدموية السطحية العريضة الكائنة اسفل الامم الخنونة تكابد بعين
 الاستحالات التي يكادها دم البورات السكتية المركزية فالجينة الجراء
 تسهيل شيئا فشيئا الى مادة جراء فجائية ثم زعفرانية مصفرة هشة
 محدودة من الاسفل بجوهر المنخ المتسكاثف ومن الاعلى بالام الخنونة
 ثم تتكون لطاخ عريضة منجذبة يجمينية يوجد اعلى منها نضج مصلى بلاء

المسافة الخالية وانتهاء التزيف الدماغى الذى يبناه يعدجيدا لكن
 فى بعض الاحوال لا يقتصر الالتهاب المحيط بالبورة والجزء الدماغى
 المتلاشى على تسكونات جديدة خلوية بل يمتد فينشأ عنه نهتكات ولين فى
 جوهر الدماغ اوتقبح فتستحيل البورة السكتية الى خراج دماغى والاجزاء
 الدماغية البعيدة عن محل الانسكاب الدموى توجد فى احوال الانسكاب
 العظيم خالية عن الدم وكل ما كان الانسكاب عظيما كانت انبها هذه
 الاجزاء اشد واقوى واما الانسكابات الصغيرة الشعرية فليس لها تأثير على
 توزيع الدم فى باقى اجزاء الدماغ واكثر ما تتضخخ الانبياء فى النصفين الكريين
 العظيمين اذا كانت مجلسا لانسكاب عظيم وحينئذ تسكون المسافات
 تحت العنكبوتية فارغة وتلايف الدماغ منضغطة قليلا والميازيب قليلة
 الغور وحيث ان الهيئة الغير المستوية لسطح الدماغ تنشأ على الخصوص من
 وجود السائل القورى الدماغى ومن الاوعية المحتوية على الدم السائلة
 بين التلايف الدماغية فالسطح الظاهر للدماغ يظهر فى احوال الانسكابات
 الدموية الدماغية العظيمة امس مستويا

والغالب ان تتغير تغذية هذا العضو عقب اصابته بالسكتة الدماغية فان
 تناقص القوى العقلية الذى يكاد يشاهد عند جميع المصابين بالسكتات
 الدماغية ينشأ ولا بد من حالة ضهور فى هذا العضو وتغير فى اليافه الممتدة
 نحو الخناق الشوكى خصوصا اليافه المتعلقة بالبورة السكتية

(الاعراض والسير)

السكتة الدماغية تطرأ احيانا فجأة عند اشخاص سليمين من قبل وحيانا
 تسبق بظواهر مرضية تحدث عند العوام بل والطبيب الرعب بكون
 المريض مهدد بالحصول نوبة سكتية فالمرضى تشتكى بالام فى الرأس وثقل
 ودوار وطنين فى الاذنين وشرر أمام العين ونوب دوار ويضطرب نومهم
 ويكونون فى حالة قلق وتهيج وينضم لذلك زمنا فزمن معرض مهم وهو
 الاحساس الوقتى بتغل ونحدر فى أحد الاطراف وفقد وقتى فى القوة المذكرة
 لبعض الالفاظ او الاعداد او الشلل القاصر على بعض العضلات فالظواهر
 السابقة للسكتة الدماغية هى عين الظواهر التى شرحناها فى المبحث السابق

وذكرنا انها اعراض الاحتقان الدماغى العام او الجزئى واعراض الانيميا
الجزئية الناتجة عن اسهالة فى جذر أو عية الدماغ وهذا الامر يطابق
بالكلية كثرة تعلق التزيف الدماغى تارة بازدياد الضغط الباطنى الواقع
على جذر الاوعية الدماغية وتارة باسهالة مرضية فى جذرها وعلى كل حال
لا يمكن بت الحكم فى الحالة الراهنة بان كان فقد الحساسية والشلل الجزئيين
الوقتيين المعلقين بالنوبة السكتية والسابقين لها متعلقين بسدد ذاتية فى
الاوعية الصغيرة او بانزفة شعرية وفى الحالة الاخيرة لاتعد حينئذ من
الظواهر السابقة لهذا المرض

ثم ان تدد الالياف العصبية المخية وتلاشيها واه كانت متهتكة كما فى
الانسكابات الدموية العظمية أولينة كما فى الانسكابات الشعرية القليلة
لا ينتج عنها كما ذكرنا سابقا نتائج لا واسطية أخرى الا شلل جزئى وحيث ان
تيدد بعض اجزاء المخ وتلاشيها لاسيما الجوهر القضاخى للنصفين المكر بين
العظيمين لا ينتج عنه اضطرابات وظيفية مدركة فمن الواضح ان الانزفة
القابلة التى تحصل فى هذه الاجزاء كغيرها من اصاياتها المرضية لاتدرك
مدة الحياة احيانا

ثم اتناقد بينا ان المجلس الكبير الحصول للانزفة الدماغية هو الجسمان
المضلعان والاسرة البصرية فتهتك هذه الاجزاء أو قوائم المخ ينتج عنه شلل
فى نصف الجسم المقابل لها ومن السهل اثباته ان الشلل الحاصل من قساد
تلك الاجزاء وتبددها ينشأ ولا بد عن انقطاع التواصل العصبى بين الاعضاء
المنوطة بفعل الارادة والقوة المذكرة وبين الاعصاب المحركة والمضلات
المتوزعة فيها واما قابلية التذكر أو الارادة لا تكون مضطربة فانه بعد زوال
النشبة السكتية التى ينطفئ فى انشائها الادراك بالكلية ان امرنا المرضى
بحركة اليد المنشلة شاهدنا انهم يستعينون لانتمام هذه الحركة باليد الغير
المنشلة لان اليد المنشلة لاتستطيع الارادة عندهم دون اليد الساية وهذا
بدل على وجود الارادة عندهم بانتمام تلك الحركة ومن جهة اخرى فكل
عصب محرك فى الجهة المنشلة متى اثر عليه التيار الكهربائى يحدث ولا بد
انقباضات عضلية فى العضلات المتوزع فيها فينتشذ يتضح ان ما يحصل فى هذا

المرض انما هو انقطاع التوصيل بين الخلايا العصبية التي هي ايم فعل الارادة
وبين الاعصاب المحركة التي لم تزل حافظة لقابلية تنبيهها وهذا الانقطاع
في توصيل التأثير المحرك ليس له ادنى فعل في حركات الجهة المنشلة التي
لا تحصل بطريق الارادة بل بفعل الانعكاس فان المريض المصاب مثلاً
بسكتة دماغية في النصف الكرى اليسارى والحاصل عنده شلل في الذراع
والفخذ الايمنين يحرك عند التنفس النصف اليميني من الصدر كاليسارى
منه كان الاتصال بين الاعصاب المحركة وبين الالياف والخلايا العصبية
التي تنبئه ببعض الافعال النفسية لا يزال باقطاع التواصل العصبي
الارادى الذى نحن بصددده والذي يؤيد ذلك ان مثل هؤلاء المرضى الذين
لم يكن لهم قدرة على فعل انقباضات عضلية ارادية في احدى جهتي الوجه
كحركات الضحك والبكاء اذا امروا بذلك يحركون هذه الاجزاء كالحالة
الطبيعية متى لم يريدوا الضحك أو البكاء بل وقد وافي حالة انفعال نفسانى
كأنه لا يترتب على انقطاع توصيل التأثير العصبي من الاجزاء المركزية
المنوطة بفعل الارادة الى الالياف العصبية المحركة انقطاع اتواصل
بين هذه الالياف الاخيرة والالياف الحساسة وبينها وبين غيرها من
الالياف المحركة ولذا انتابح حصول حركات انعكاسية او اشتراكية
بدون اضطراب بل ربما كان اسهل عما يحصل في الحالة الاعتيادية بحيث
يظهر ان تنبيه الالياف العصبية المحركة اذا لم يكن متعلفاً بالارادة
يحصل بسهولة عن الحالة الطبيعية بالفعل المنعكس ومن الواصف للشلل
الناتج عن تهتك احد الاجسام المضادة أو الامرة البصرية كونهذا
الشلل قاصر اعلى عضلات الاطراف والوجه الممتدة الى زاوية الفم والانف
والى العضلات المنوطة بقدد اللسان ودفعه الى الخارج فان المرضى يكاد
يمكنهم المضغ في الجهة المنشلة واحداث تشنج في الجهة وغلق الاجفان وقصها
واحداث حركات قامة في العينين ونحو ذلك لكن لا يكون لهم قدرة على
تحريك الذراع او الرجل او اليد المنشلة الى أعلى ولو بقدر قيراط وتكون
زاوية الفم ساقطة الى اسفل وطاقة الانف ضيقة وتارة يحصل انتفاخ في
الشفق عند كل حركة زفير كالفم المرتخى بخلاف الجهة السامية فحين تكون

زاوية الفم من تقسة الى اعلى وطاقة الاتف مقدرة وعند اخراج اللسان من
 الفم شوهد ميل طرفه الى الجهة المشلبة وماذا كان الالكون عضلات الجهة
 السالبة هي التي بانفرادها تدفع قاعدة اللسان وتقدر وفي غالب الاحوال
 يحصل مع السفل في النصف الجانبي فقد حساسية نصفية جانبية ايضا لكن
 هذا الاخير يزول عادة عما قليل من الزمن بالكلية او معظمه وسير فقد
 الحساسية المذكورة وكذا التجارب المعلومة من ان الحيوانات لا تحس عند
 فساد كل من الجسم المضلع والامرة البصرية وان قابلية الحساسية عندها
 بالام تستمر بعد ازالة الاجزاء المذكورة يؤيد ان فقد الحساسية الوتقي في
 الجهة المشلبة لا يكون متعلقا بلا واسطة بفساد الجسم المضلع او الامرة
 البصرية بل بانقطاع الاوعية الشعرية لاجزاء الدماغ الكائنة اسفل منها
 الناجم عن الانسكاب الدموي

وعين هذه الاعراض الناجمة عن الانسكابات الدموية في الامرة البصرية
 والاجسام المضلعة تحصل من انسكابات دموية في غير هذه الاجزاء من
 النصفين الكريين بشرط ان تكون غزيرة جدا حتى ان الاوعية الشعرية
 لتلك الاجزاء تنضغط بها وتبعا لما ينها في المبحث السابق في الكلام على
 الانيميا الدماغية الجزئية وتأثيرها في الوظائف الدماغية لا يستغرب كون
 هذه النتيجة واحدة ومطابقة بل من الواضح ان هذا ضروري والفرق
 الوحيد هو ان البورة السكتية العظيمة التي بها يمتك كل من الجسم المضلع
 والسرير البصري يخلفه فالج لا يزول بالكلية واما البورات الصغيرة في
 الاجزاء المذكورة التي لا تمتك بها اليافها وخلاياها العصبية بل تتباعد عن
 بعضها فقط فيضلفها مثل وقتي ومن هذه التجارب يستنتج ان الجهاز الموجود
 في الدماغ المنوط بتنبيه الاعصاب المحركة متى تنبهه بالارادة يكون مجله
 بلا شك في قسم الجسم المضلع والسرير البصري واما البورات السكتية
 العظيمة التي مجلسها في محال اخر من النصفين الكريين العظيمين فانه لا يندر
 ان يختلفها مثل متفاوت المدة فيستنتج من هذا السير ان الاوعية الشعرية
 للبورة المركزية المحركة تخلف عن الضغط بامتصاص الانسكاب ولو بهضا
 من يمد منها ثانيا او ان الاوعية التغممية الجانبية في محيط جزء الدماغ

التهتك التي امتدت الى مجلس البويرة المركزية المحركة نزول عقب النشام
البويرة السكتية

واما الانسكابات الدموية التي يجلسها الجوهر القشري للنصفين السكريين
العظيمين للتح التي تكاد تكون دائما معطوبة بنزيف في جوهر الام الحنونة
ففيها يحصل في بعض الاحوال لاجياعها شلل جانبي وهذا الاختلاف يتعلق
بدرجة امتداد نتائج التزيف الدماغى نحو الباطن كما ذكرنا ذلك مرارا
اعنى بانضغاط الاوعية الشعرية أو الاوعية التفرعية الجانبية بان كانت هذه
النتائج امتدت الى الجسم المضلع والسرير البصرى أو لا وزيادة عن ذلك فانه
يشاهد في هذا التزيف تشوهات عامة واضطرابات ثقيلة في الوظائف
العقلية غالباً وحيث دللت التجارب على ان الاضطراب المصابين باستهالات
متددة متقدمة في الجوهر القشري أو ضووره لا يظهر فيهم اضطرابات عقلية
غالباً مادامت الاصابة قاصرة على جهة واحدة فكثرة وجود هذه
الاضطرابات المذكورة في التزيف الجانبي لهذا الجوهر أى في احدى
الجهتين منه توجه ولا بد بان التزيف والتغيرات التتمية التابعة له في الام
الحنونة التي لا صابتها سبل عظيم الى الامتداد قد امتدت الى النصف
السكرى الآخر

وأما نزفة القنطرة الخفية فانها تؤدى بسرعة للهلاك مادام فيها بعض امتداد
وأما نزيف الخضاع المستطيل فانه يؤدى للهلاك عادة ولو كان قاصراً
بالكافية وفي احوال التزيف القليل جداً في الجهة الجانبية من القنطرة
يحصل فقد الاحساس وشلل في الجهة المقابلة وأما التزيف القليل لمركز
هذا العضو فينتج عنه شلل مزدوج في الجهتين

وفي الانزفة الخفية يحصل غالباً شلل في الجهة المقابلة ومع ذلك فالعلاج
هنا لا يتعلق بلا واسطة من اصابة المخ فانه لا يشاهد عقب فساد هذا
العضو الممتد شلل غالباً

ولا يجوز الظن لاختلاف المحال التي تشاهد فيها الانزفة الدماغية بان الشلل
المتعلق بهذا التزيف يظهر صفات متغيرة في الاحوال المختلفة فان الواقع
عكس ذلك ان في معظم الاحوال يظهر تطابق عظيم واضح فانما تؤدى الى

الفالج المعلوم السابق شرحه ومن المهم جداً معرفة هذا الامر الذي بوجه
 يكون أغلب الانزفة الدماغية (أعني في ٧ من ٨ طبقاً للتقاويم الطبية)
 في النصفين الكريين العظمين ولا سيما بقرب الاجسام المضلعة والاسرة
 تحصل البصرية وهناك بعض استثناءات غريبة من الشلل النصفى
 الجانبي اى الفالج ومن الشلل المتصالب تحصل في انزفة النصفين الكريين
 ولا يعرف توجيه ذلك مع البيان ومع ذلك ينبغي ان تذكر انه في العصر
 المتقدم الذي التفت فيه الى التغيرات الحاصلة في الشرايين الدماغية لا سيما
 سددها وتوضيح الاعراض بها ان عدد هذه الاحوال الاستثنائية تناقص
 تناقصاً عظيماً

وهناك نوع آخر من الاعراض المصاحبة للانزفة الدماغية يسمى باعراض
 النسبة السكتية وهي لا تفقد الا في الانسكابات الدموية القليلة ولا تتعلق
 بدون واسطة بالاصابة الموضعية الجرحية لهذا العضو بل بتأثيرها على باقى
 اجزائه وسنذكر أن مجموع هذه الاعراض المعبر عنه بالنسبة السكتية هو
 الذى يتبدى به حصول النوبة السكتية في غالب الاحوال أو يعقب
 في النادر ظواهر الشلل التى شرحناها فيما تقدم ومن النادر أن يكون
 حصول النوبة السكتية تدريجياً وهذا لا يحصل غالباً الا اذا كان حصول
 التزيف بطيئاً او في غالب الاحوال بطراً فجأة فكان المريض اصابوا بضربة
 فيسقطون على الارض دفعة واحدة صارخين ويكون الادراك مفقوداً
 بالكلية في أثناء النسبة فتنتطفئ قابلية الاحساس والحركة بالكلية
 والعضلات الماصرة تكون غالباً بمنشلة بحيث يحصل كل من التبرؤ والتبول
 بدون ارادة وأما الحركات التنفسية المتعلقة بالتحاق المستطيل فهي التى
 تهم المرمى لكن الغالب ان تحصل حركات التنفس في فترات عظيمة
 وتكون غالباً عالية مخيرة وذلك لان الهامة المنشلة المسترخية تكون في حالة
 توج بواسطة الهواء وهى المريض تكون مغموصة واصفة وذلك لان
 الشدقين المرتقين يتنفخان في كل حركة زفير وكثيراً ما يحصل في ابتداء
 النوبة في ويكون النبض بطيئاً والحدقة ضيقة

والعادة ان توجه النسبة السكتية التى فيها تفقد جميع الوظائف الدماغية

يتألمها بالضغط الذي يحدثه الانسكاب الدموي على الالياف والعقد
 العصبية لجميع الدماغ ومع ذلك فمن الواضح ان هذا الضغط لا يكون مطلقا
 أشد من الضغط الدموي الواقع على باطن الشرايين الدماغية فانه متى زاد
 توزر الاجزاء المحيطة بالاوعية الدموية وصار في قوة الضغط الواقع من الدم
 على باطن تلك الشرايين لا يمكن الدم أن يسيل منها ومن المعلوم ان مثل هذا
 الضغط لا يكون كافيا في ازالة قابلية تنبيه الالياف العصبية طبعا للتجارب
 والملاحظات في الاعصاب الدائرية وأيضا ما يأتي بنا في حقيقة هذا التوجيه
 المشهور وذلك انه لو كانت ظواهر الشلل متعلقة بالضغط الذي يعتري
 ألياف الدماغ في السكتة الدماغية ليج عن الفصد العام ازالة ظواهر الشلل
 المذكورة لافي بعض الاحوال فقط بل في جميعها بشرط أن يستفرغ من الدم
 كمية كافية حتى يتناقص الضغط الواقع على باطن جميع الاوعية لاسما
 الشرايين وزعم هرقل الثاني أيضا لتوجيه حصول ظواهر الشلل عقب
 السكتة الدماغية بالضغط الواقع على هذا العضو أن الظواهر المذكورة
 تتعلق بدرجة ارتجاج خفيفة يحصل في هذا العضو من النوبة السكتية
 لكن فضلا عن كونه لا يمكن تصور حصول هذا الارتجاج في الانزفة
 الدماغية غير الجرحية لا يمكن اثبات ذلك بالملاحظات انتشارية ونقص
 توجه النسبة السكتية بالضغط الفجائي الواقع على الاوعية الشعرية
 الدماغية والانيميا التابعة التي تحصل في جوهر هذا العضو وهذا التوجيه
 يرتكن فيه الى انه في الانزفة الدماغية العظيمة لا يمكن فقط اثبات الانيميا
 الدماغية بالصفات التشريحية بل كذلك تتضح اتضاحات مآدة الحياة
 بواسطة عرض مخصوص كان يفرض عادة خطأ وهو شدة نبض الشرايين
 السباتية فان هذه الظاهرة ولو أنه من الممكن لكل انسان احداثها في
 شرايين أصبعه بالضغط قوي حول سلاميته تعتبر علامة على شدة توارد
 الدم نحو الدماغ والحال انه لا يستدل منها فقط الاعلى عروق ورود الدم نحو
 تجويف الجمجمة فجميع امراض الدماغ ولفائفه التي ينتج عنها تضايق
 في متسع تجويف الجمجمة بدرجة يها يعتري ورود الدم في الاوعية الشريانية
 الدماغية عروق عظيم كالانسكابات الدموية العظيمة وغيرها من الانسكابات

والاثر تشاحات والاورام تكون مصطبغة بازيا في ضربات الشرايين
السباتية ففى وجد هذا المرض بدون ضخامة فى البطن اليسر وبدون
ازدياد الضربات الشريانية لغير هذا الشريان سهل بذلك فى الحسالة الراهنة
تشخيص آفة فى الدماغ نشأ عنها تضاييق فى متسع تجويف الجمجمة وكثير من
تلاميذ تيسر له فى الاكابينك الحساس بنا الشأ كدمن حقيقة هذا التوجيه
ومن أهميته التشخيصية ثم اتنا اذا اعتبرنا الاحوال الطبيعية للجمجمة
الضخ لسنا ان الانيميا الدماغية لاسيما الشريانية لهذا العضو لا نشأ مطلقا عن
تمزقات وعائية شعريية فان خروج الدم من هذه الاوعية المتزقة لا يمكن
استمراره متى حصل تعادل بين تورم متصل تجويف الجمجمة وبين الدم المنصهر
فى الاوعية الشعريية وبطابق هذا التصور الامر المعلوم وهو قد قد النسبة
السكنية فى التزيف الدماغى الشعري وأما ان تمزق وعاء شريانى عظيم ولم
يقف التزيف فان تورجوهرا لاجزاء الدماغية المحيطة بالشريان المتزق
يصير مماثلا لتور الدم الموجود فى باطن الشرايين وحيث ان تور الدم فى
الشرايين أعظم منه فى الاوعية الشعريية فلا بد وان هذه الاوعية تنضغط فلا
ير الدم فيم او ينبنى على ذلك ان النسبة السكنية تحصل على الدوام فى الانزفة
الشريانية التى تؤدى الى حصول بورة دموية وان تأملنا بالدقة الى اعراض
النسبة السكنية السابق ذكرها لا تضح لنا انه فى أنماها تنفق دوظائف
النصفين الكريين فلا يكون عند المرضى احساس ولومع تأثير المهيجات
الدائرية الشديدة ولا يكون لهم قدرة على اجراء اى حركة ويفقدون الادراك
وأما اجزاء الدماغ المنوطة بمحفظ الحياة واستمرارها سيما التنفس فتبقى
مستمرة والظاهر ان ذلك ناشئ عن كون الشرشرة الدماغية لا تلى النصف
الكري المقابل وقاية تامة كوقاية خيمة المخيم لانتفاع المستطيل فيمنع انضغاط
الاوعية الشعريية بواسطة ضغط الانسكاب الدموى ولذا ان الانسكاب
المذكور أسفل خيمة المخيم يكون شديد الخطر مهما كان قليل الكمية فانه
فى هذا التزيف تمقد وقاية انتفاع المستطيل بحيث انه يفقد وظيفته بسهولة
بانضغاط اوعيته الشعريية ومن المشكوك فيه كون بطة القلب وتنقص
سرعة التنفس وتضايق الحدقة التى تشاهد فى أحوال الانزفة أعلى الخيمة

المخضبة مدة النسبة السكتية ناشأ عن كون العصب المخير والمحرك للقللة
يكونان في حالة تهيج متزايد من الضغط المستمر عايمها المتلطف بواسطة الخيمة
المخضبة ام لا

فان لم يهلك المريض مدة النسبة السكتية بل افاق منها أعقب ذلك ببعض
أيام سلامات تدل على حصول الانتهاب الدماغى المتفاوت الشدة وذلك
يتعلق بالاصابة الجرحية التى اعتزت الدماغ من الانسكاب الدموى ولذا
يعتبر هذا الانتهاب جرحيا واعراضه ان لم يرتق الى درجة شديدة بل ادى
فقط الى تكونات خلوية جديدة حول البورة هى سرعة فى النبض وغيرها
من الظواهر الحمية والم فى الرأس وشر رامام الابهين وهذا يان واهتزازات
عضلية وانقباضات عضلية فى الاجزاء المشللة وعما قليل تزول هذه الظواهر
المعبر عنها بظواهر رد الفعل ويعود المريض لحالة صحية ولا يبقى معه غير
الشلل واما اذا ارتقى الانتهاب لدرجة عظيمة جدا فى محيط البورة السكتية
ادى ذلك الى لين التماهى عند فني ضم للظواهر المذكورة ظواهر الشلل
العموى ويهلك المريض بسبب شدة الاعراض المذكورة المحماة بظواهر
رد الفعل

ثم انه باختلاف عظم البورات الدموية وعددها ومجسها وسرعة
حصول الانزفة أو بطئها وشدة ظواهر الانتهاب الدماغى المحيط بالبورة
أو خفتها ينشأ اختلاف عظيم جدا فى سير الانزفة الدماغية غير اننا لا نذكر
الا الرئيس منها

فهما الشكل المرضى السكتى الكثير الحصول الذى ينشأ عن الانزفة الدماغية
العظيمة أو عن حصول انزفة دماغية متعددة وهوانه بعد حصول ظواهر
مرضية سابقة أو بدونها تحمل النسبة السكتية فجأة ولا يبقى المريض
منها بل يمتد الشلل الى الفضاء المستطيل فيصير التنفس غير منتظم
والنبض متقطع صغيرا والحدقتان ممددتين ويهلك المريض بعد قليل من
الدقائق او الساعات (وهذا ما يسمى بالشكل الصاعق للسكة)

وهناك شكل ثانى أكثر حصولا من المتقدم وهو نتج أيضا عن انسكاب
دموى سريع غير انه قليل الامتداد جدا عما فى الشكل السابق وفيه تشاهد

النوبة السكتية ايضا والبحث عن المريض الفاقدا للادراك ومشاهدة جهة الوجه المنقبضة واسترخاء عضلات احدى الجهتين وتعدد احدى الحدقتين يعرف في اى جهة يكون الشلل ثم بعد بعض دقائق او ساعات وفى اليوم الثانى يستيقظ المريض تدريجيا من حالة السكون ما غير ان نطقه يكون غير واضح وشلا الجانبي باوصافه السابقة يصير كثير الظهور ثم تظهر اعراض الالتهاب الدماغى الجرحى فى اليوم الثانى او الثالث وبعد زوال الاعراض المذكورة اخيرا يبقى عند المريض مدة حياته شلل نصفى جانبي ولوان جزء الشال المتعلق بالحالة الاوذية بماوية المحيطة بالبورة السكتية يزول مع الزمن شيئا فشيئا

وفى احوال اخرى خصوصاً عقب تردد التزيف بعد زواله وانقطاعه واستمرار خروجه بكية قليلة يتلبس المرض بالشكل الاخرى وهوانه يبتدىئ بنسبة سكتية يستيقظ المريض منها بعد بعض دقائق ولم يبق عنده الا الشلل النصفى الجانبي بحيث يتعشم فى شفائه الا انه بعد مضي بعض ساعات يبتدىئ اضطراب الادراك ثم يزول بالسكتية ولا يعود ثانياً فذلك المريض فى حالة كوما

وهناك شكل رابع فيه يحصل التزيف يبطء ويكون قليلا جذا فى الابتداء ثم يتزايد شيئا فشيئا حتى يصير عظاماوى هذا الشكل لا يبتدىئ المرض بظواهر النسبة السكتية بل يبتدىئ بالشلل النصفى الجانبي ثم ينضم لذلك فيما بعد فقد الادراك وباقى اعراض الشال الدماغى وحيث انضغ لك المهم فى هذا المقام فلا حاجة بعد ذلك لاطالة الكلام وذ كرجيع التنوعات التى تنج عن شدة ظواهر التهاب رد الفعل فى محيط البورة السكتية وعن اختلاف درجة ظهور الدماغ الجزئى التسابى للبورة السكتية

المعالجة

اما المعالجة الواقية للسكتة الدماغية فتصليها على ما ذكرنا فى البحث الاول والرابع من هذا الفصل فانها تستدعى عين الوسطاء التى اوصينا بها فى معالجة الاحتقان الدماغى والاضطرابات البورية الناجمة عن تغير مرضى فى الشرايين وينبغى لكل مريض نجاة من هذا المرض ان يتجنب جميع

الاسباب التي بها تملئ اوعية الدماغ وتنفذ مع غابة الاحتباس وعلى
 الخصوص يتجنب الافراط من المأكول ويجهد في اطلاق البطن
 واما اذا حصل التزيف الدماغى فينبغى الاجتهاد في ايقافه ثم في امتصاص
 الدم المنسكب ومساعدة تكوين النسيبة السكتية غير اننا نعتزف بهجرتنا في
 هذا الخصوص ونذعن بأنه ليس عندنا وسائل موصلة لمنع التزيف
 ومساعدة امتصاصه ومعرفة تكوين النسيبة السكتية وتقتصر حينئذ في
 معالجة التزيف الدماغى على مقاومة الاعراض الخطرة ما امكن وكثير من
 المرضى المصابين بنشبة سكتية من يعود له ادراكه عقب فعل القصد الوريدي
 العام فيظهر حينئذ انه يمكننا بواسطة اجراء القصد منع تقدم شلل
 النصفين السكريين وامتداده الى الاعضاء العصبية المركزية الضرورية
 لاستمرار الحياة كالنضاع المستطيل ومن جهة أخرى يكون احيانا الفقد سببا
 قويا لى سرعة الانتهاء المخزن اذا فعل لمدة النشبة السكتية فانه يحصل عقب
 الفقد الدموى حالا انقطاع عموى وهبوط عظيم لا يكاد يبقى المريض منه
 وقد ذكرنا فيما تقدم انه ينبغى ان يكون القصد نافعا في جميع الاحوال
 لو كانت العلامات المقول عنها اعراض انضغاط الدماغ ناتجة حقيقة عن
 الضغط الذي يعترى هذا العضو عقب الانسكاب الدموى وذكرنا ايضا ان
 عدم نجاح القصد في كثير من الاحوال ينابى هذا التوجيه فطبقا لما ذكرناه
 في توجيه النشبة السكتية يتضح لنا ان القصد يكون نافعا جدا في بعض
 الاحوال وخطرا جدا في بعضها فعلينا ان نبين دلالات استعماله أو عدمها
 في الاحوال المختلفة فنقول

لاجل دخول كمية كافية من الدم الشريانى في الدماغ ينبغى الاجتهاد في
 سهولة استمراغ الدم الوريدي منه بدون اضعاف ضربات القلب وقوته
 الدافعة فان كانت ضربات القلب قوية والغاطه واضحة والنبض منتظما
 ولم يوجد عند المريض علامات ابتداء الاوذىما الرئوية وجبت المبادرة
 باجراء القصد بدون تأخير مع ملاحظة تأثير الفقد الدموى ومراعاة وضع
 الرأس مرتفعا وخفض حرارة اودة المريض واستعمال المنبهات الجلدية
 والحقن المسهلة المهيجة والوضيعات الباردة وكل من الاستفراغات الدموية

الموضعية كإرسال العلق خلف الأذنين أو على الصدغين أو وضع المحاجم
 التشريطية على القفا لا يعمل محل الفصد العام بل يساعد فقط على تأثيره
 ونجاحه وأما إذا كانت ضربات القلب غير قوية والنبض غير منتظم ووجد
 عند المريض خواثر شعبية ~~ممكن~~ كان ضرر الفصد اكيدا فإنه يضعف ضربات
 القلب زيادة عما هي عليه ويقل توارد الدم الشرياني في الدماغ فإن حصلت
 الأعراض المذكورة أخيرا استدعت دلالات المعالجة العرضية ولو كان
 المرض الأصلي واحدا معاملة مضادة لذلك كاستعمال الوسائط المنبهة والمقوية
 لأجل مقاومة شلل حركات القلب فإن لم يمكن إعطاء المريض في مثل هذه
 الأحوال أدوية منبهة من الباطن كالنييدوالايتير والمسك ونحو ذلك وجب
 استعمال الوضعيات الخردلية العريضة على الصدر والساقين وذلك الجلد
 ذلك أجيدا وصب الماء البارد على الصدر أو بعض نقط ثابتة من الشمع
 الأحمر عليه لئلا نكتفي بان الصورة المرضية التي نشاهد ها هنا الباعلى
 سرير المريض لا تكون واضحة كل الوضوح في جميع الأحوال بحيث يستنتج
 منها دلالات علاجية واضحة لا تباع إحدى الطريقتين المذكورتين بل
 الغالب وجود أحوال متوسطة فيها يصعب كثيرا على الطبيب ولو الماهر
 استعمال أحدها وحيد فالأوفق في مثل هذه الأحوال استعمال طريقة
 علاجية لطيفة

وعندما يعود المريض لأدراكه من النشبة السكتية يقتصر على استعمال
 تدبير غذائي خفيف لطيف غير منبه وحفظ البطن مطلوبة وتغطية الرأس
 بعد حلقها بالمكدمات الباردة لأجل منع حصول التهاب رد الفعل القوي
 وعلى حسب درجة أعراض هذا الالتهاب يداوم بالمعالجة السابق ذكرها مع
 مساعدتها بواسطة سهل قوى أو تكرار إرسال العلق خلف الأذنين وأما
 تكرار الفصد في هذا الدور فلا منفعة له بل هو مضر وعند تلطيف الظواهر
 الحسية يؤمر فيها بعد للريض باستعمال المحولات على القفا بواسطة الحرارة يرق
 أو المرهم المنفطولا ينبغى المداومة على استعمالها فيما بعد

ومتى زال دور رد الفعل الانتهازي وتحسنت حالة المريض بالكلية ولم يبق
 عنده إلا الشلل ينبغي سياسته عن استعمال بعض الجواهر الدوائية القوية

التأثير كالاستمر كنين والارنيكا وغيرهما فان نجاح هذه الادوية ليس مؤسسا على نظريات عقلية ولا ثابت بالتجارب بل يقتصر على التدبير الغذائى اللطيف وحفظ البطن طليقة ووضع المريض فى اوساط صحية جيدة ويمكن ارسال المرضى الانغماء الى المياه المعدنية المقوية الحديدية كما ولدباد وجستين وفيغيروراجانس ولايتصور انه بواسطة استعمال هذه المياه تستعاض الالياف العصبية الدماغية المتهتكة غير ان التجارب دلت على ان الشلل الناتج عن امراض فى الدماغ او القاع الشوكى يقسن تحسنا جيدا باستعمالها ومما يقرب العقل ان هذا التحسين يحصل بتأثير هذه المياه فى الالتهاب المحيط بالبورة السكتية وجزء الشلل المتعلق به

ولا ينكر أن الشلل السكتى ينحسن عادة باستعمال الاجهزة الكهر بائية المتقدمة الطيبة ويوجه ذلك بأن التكهرب الجلوانى الموضعى من الوسائط القوية لا عادة الفعل العضلى فانه باستمرار الشلل زمنا طويلا يحصل ضعف عظيم فى العضلات بسبب ابتداء ظهورها وضعف قابلية تنبيه الاعصاب المتوزعة فيها وكتاهايتين الحاليتين ينفع فيهما نفعاجيدا التنبيه التدريجى للاعصاب بواسطة الجهاز الكهر بائى الطبى ولذا تفضل هذه الوساطة عن جميع الدلكات المنبهة المأخوذة من المراهم أو الصبغات لكن لا ينبغي المبادرة باجراء هذه الوساطة العلاجية القوية الا بعد زوال امراض الاحتقان المحيط بالبورة السكتية ونعمام التثامها فلذا لا تستعمل الا فى الاسبوع السابع أو الثامن من ابتداء حصول النشبة السكتية فان المبادرة باجراء هذه الوساطة مضر للغاية كما ان تأخير استعمالها يترتب عليه ولا بد ظهور فى العضلات الفاقدة لانقباضها وفعلها زمنا طويلا وعلى كل فليست من استعمال تيار كهر بائى قوى كما يعمل لذلك بعض الاطباء غير المتمرنين

(المبحث السادس فى التعرف المصافى المعروف بالسكتة)

(المهائية وبالورم الدموى للام الجافية)

(كيفية الظهور والاسباب)

انزفة الافائف الدماغية بقطع النظر عن الانزقة الجراحية - التى من ضمنها الانزقة التى تحصل مدة الوضع نادرة واغلب الانسكابات الدموية التى

تحصل في المسافات تحت العنكبوتية أو بين الام الجافية والعنكبوتية تنشأ
عن الانزفة الدماغية التي تنقب السحايا وازيادة على ذلك فقد تتعلق الانزفة
السحائية بتمزق بعض الاورام الابرورزماوية او بعض الشرايين السحائية
المكابتة لاستحقاقات مرضية وهناك احوال اخر لا تعرف فيها اسباب
الانزفة السحائية

ثم ان التجمعات الدموية العظيمة المتسكبة التي كثيرا ما نراها عند فعل
الصفات التشرهية على السطح السفلي من الام الجافية لا تعتبر مجرد
انسكابات دموية تسكبت المواد القيفية حولها وكست جزءها السائل
كما كان يظن سابقا بل هي تبعالما ذكره المعلم ورجوف بقايا اثر الالتهاب
المزمن للام الجافية (اي التهاب السحايا السمبكية) مصحوبا بارتشاح دموي
وسمي المعلم ورجوف هذه الاكياس الدموية بالورم الدموي للام الجافية
والدم المائل لهذه الاكياس يأتي من الاوعية الشعرية العديدة المنتشرة
الرقيقة الجدران التي تتكون في خلال الاغشية السكابتة للام الجافية
في هذا الشكل من الالتهاب المزمن وينسكب في المسافات الكائنة بين
طبقات هذه الاغشية السكابتة واسباب هذا الالتهاب السحائي للام الجافية
المصحوب بانسكاب دموي ليست معروفة جيدا واكثر ما يشاهد هذا المرض
عند المتقدمين في السن والمصابين بامراض عقلية والسكرارى ويظهر أحيانا
ظهورا ذاتيا كمرض قائم بنفسه وأحيانا يكون تابعا لبعض الاصابات الجراحية
في الجبهة وفي الحالة الاخيرة كثيرا ما يمتزج بين الاصابة الجراحية والاعراض
الاول للورم الدموي السحائي في زمن طوله بعض سنين (تبعالحر يسفجر)

*** (الصفات التشرهية) ***

متى كان الدم منسكبا في المسافات تحت العنكبوتية يشاهد على هيئة طبقة
ممتدة على السطح الظاهر من النصفين الكريين العظمين وانخفض ولا يمكن
نزع هذا الدم المنسكب وطرده بواسطة سلسول ماء مادامت العنكبوتية غير
مفترقة وفي العادة يصل جزء من الانسكاب الى الجيوب الدماغية فيوجد
فيها جزء عظيم او قليل من الدم وفي الانسكابات الدموية الكائنة بين الام
الجافية والعنكبوتية يكون الدم المنسكب غزيرا للغاية ويتراكم معظمه

على خيمة المخخ وفي قاعدة الجمجمة ومن هنا ينفذ في القناة النخاعية وقد
توجد هذه الأنسكابات أيضا على السطح المحذب للنصفين الصكريين
ويمكن نزعها عنها بسهولة بواسطة سلسول ماء وفي كلا هذين الشكليين من
التزيف السحائي تكون التلافييف الدماغية مفرطة وجوهر الدماغ
أنما ويا أو تكون طبقات جوهر الدماغ المجاورة للأنسكاب الدموي مرشحة
بالدم ليته

وأما الورم الدموي للام الجافية فجاءه غالباً بيجوار الندر بر السهمي ويكون
على هيئة كيس مفرطح يضاهي الشكل وكثيراً ما يكسب حجمه أعظماً بحيث
يصير طوله من أربعة قراريط الى خمسة وعرضه من اثنين الى ثلاثة وسيمكه
نصف قيراط ويحدر هذا الكيس متلونة بلون صدائي بسبب ارتشاحها بالمادة
الملونة للدم ومقصله يكون متكوئاً مامن دم سائل او منعقد او من لطح دموية
وسمكة والنصف السكري الدماغى المقابل لهذا الكيس يكون اما
مفرطها ومنبجها ولا يندران يكون الورم الدموي للام الجافية مزدوجاً
وكثيراً ما يشاهد ابتداء الالتهاب السحائى التزيفى للام الجافية وذلك انه
يشاهد على السطح الباطن للام الجافية فى بعض الصفات التشريحية طبقة
من منسوج خلوى رقيق جديد التكوين متلونة بمادة بجمنية مصفرة
او مسمرة وملتصقة بسطحها التصافاً متيناً

* (الاعراض والسير) *

الانزفة التى تحصل فى المسافات تحت العنكبوتية أو على السطح السائب
من هذا الغشاء لا تعتبر من الاصابات المرضية ذات البورة للدماغ بل من
الاصابات المنتشرة لهذا العضو ولذا انه تفقد فى هذا الشكل من الانزفة
الاعراض البورية الواصفة للتزيف الدماغى لاسيما الفالج الم يكن مضاعفاً
بنزيف دماغى لكن النسبة السكتية فى هذا المرض تكون ثقيلة للغاية وذلك
لان التزيف السحائى يكون غزيراً غالباً ويمتد على كلا النصفين الكريين
وكثيراً ما تفصل النسبة السكتية فجأة بدون ظواهر مرضية سابقة والمرضى
تهلك بظواهر السكتة الصاعقية التى بينهاها فى المبحث السابق وعند ما يكون
سير هذا المرض بهذه الصورة لا يمكن تشخيصه الا مع التقريب ويرتكب فى

ذلك الى فقد ظواهر الشلل الجانبي الذي يوجد غالباً في أحوال التزيف
 الدماغى ولو في الاشكال الثقيلة من النسبة السكتية وفي أحوال أخرى تسبق
 النسبة السكتية في هذا الشكل من التزيف السحائي بالآلام شديدة في
 الرأس وتشنجات عامة وحيث ان هذه الظواهر لاسيما الأخيرة لا تشاهد
 في أحوال التزيف الدماغى الا بكيفية استثنائية وتكثر مشاهدتها في
 أحوال الاصابات المرضية الممتدة على محذب النصفين الكريين فلا بد
 وان يحكم منها ومن فقد كل اثر من الشلل الجانبي مع التأكيد على ان
 التزيف ليس دماغياً بل سحائياً

والورم الدموى للام الجافية يسير في كثير من الاحوال باعراض
 لا يمكن منها معرفة هذا المرض مع التأكيد متى ظهر هذا المرض عند
 المصابين بامراض عقلية كما هو الغالب فلا يتغير تشخيصه ولو بكيفية
 تقريبية وفي أحوال أخرى يجوز تشخيص الورم الدموى للام الجافية مع
 تأكيد متفاوت من العلامات الآتية التي نبه عليها جوسيفر في وجدته
 ابتداء الآلام في الرأس محدودة في القسم الجدارى والجبهة وارتقت هذه
 الآلام تدريجياً الى درجة غير مطابقة وكانت هذه الآلام هي المكابدات
 الابتدائية التي تشكى المرضى منها وكان هناك زمن بين الظهور الابتدائى
 لتلك الآلام وطرق وظواهر دماغية ثقيلة أخرى وكان هذا الزمن ليس قصيراً
 كما في الامراض الحادة للدماغ ولغائفه ومن جهة أخرى أكثر قصر اعماق
 أغلب الاصابات المرضية المزمنة لهذا العضو لاسيما الاورام الدماغية
 المختلفة جاز القول بوجود التهاب سحائى وحيث ان التهاب السحايا
 الرخوة له ميل للسعى والامتداد ويسير حينئذ بالآلام رأسية ليست محدودة
 بل منتشرة يظن ان الانتاب مصيب للام الجافية ويقوى الظن بذلك فان
 شكل التهاب السحائى الذي نحن بصدد يكون مجلسه عادة في المحل الذي
 تشكى المرضى فيه بالآلام وان كان الشخص المصاب مريضاً بمرض عقلى
 قبل ابتداء الآلام او من المفرطين من المشروبات الروحية او ثبت انه
 اهرته اصابته جرحية في الرأس قبل زمن متفاوت خصوصاً في قسم الجمجمة
 قوى الظن بان هناك التهاباً سحائياً في الاقسام الجافية واهكتسب بعض

نأ كيد ومن المعلوم ان شكل الانتهاب السحائي الذي نحن بصدده يؤدي
 لانسكاب دموى عظيم مضيق بالسكية لتسع تجويف الجمجمة وان الانسكاب
 الدموى يتكيس على احدى جهتي التدريز السهمي او عليها معا فان انضم
 فيما بعد لآلام الرأس علامات تدل على انضغاط الاوعية الشعرية للنصفين
 الكريين العظيمين واضطر ايات عقلية كتناقص القوة المذكرة وتناقص
 في حدة القوة التصورية وميل للنوم يرتقي فيما بعد للسكوما ثم شلل جانبي
 يظهر تدريجيا ولا يكون تاما وانما واجب ابتداء الظن بوجود الورم الدموى
 للام الجافية دون غيره من الامراض الدماغية المختلفة التي يجوز القول
 بها بعد حذف غيرها من امراض هذا العضو وحيث كان من الجائز
 أن الورم الدموى للام الجافية يحصل فيه امتصاص الدم المنسكب
 وزوال الضغط الواقع على الدماغ فكذلك يمكنكم من السير الجيد لهذا
 المرض ومن شفاء المريض في الحالة الراهنة على الورم الدموى للام الجافية
 وان حصل الانسكاب الدموى فجأة وليس ببطء كما في السير السابق ذكره
 وكان التزيف غزيرا وقاصرا على جهة واحدة صار هذا المرض بكمية
 مشابهة لسير التزيف الغزير لاحد النصفين الكريين العظيمين ولربما ظهر
 من المستغرب عند البحث السطحي انه في احوال الورم الدموى للام الجافية
 لاحدى الجهتين ولو التزير الممتد لا يحصل أحيانا شلل جانبي ولا يشاهد
 الا بكيفية غير تامة لكن تنبه على ان الورم الدموى للام الجافية يحصله
 ولا بد في المحل الذي فيه الضغط المتزايد الواقع على احد النصفين الكريين
 العظيمين يمتد بسهولة الى النصف الكري الآخر بواسطة الاستطراق
 المنسجم السكائن بين الجيبين الجانبيين لاسيما ان كان حصول التزيف بطئا وقد
 اعتبر جرجر يسفر من جملة امراض الورم الدموى للام الجافية تضائق الحدة
 الذي يوجد على الدوام في هذا المرض وذهب الى ان هذه الظاهرة من جملة
 امراض التهييج السطح العلوى من الدماغ وقد ذكرنا فيما تقدم عند الكلام
 على الاصابات المرضية المضيق لتسع تجويف الجمجمة توجيهنا آخر لتضائيق
 الحدة ولو ان هذا التوجيه نظري ايضا

﴿ المعالجة ﴾

في معالجة الانزفة السحائية تتبسط القواعد العلاجية التي ذكرناها في معالجة التزيف الدماغى ولذا ينبغي التمسك بما ذكرناه في المبحث السابق سيما وأنه يعسر علينا التمييز القطعى بين الانزفة السحائية والتزيف الدماغى في كثير من الاحوال فان ظن تشخيص الورم الدموى للام الجافية وجب الايصاف الى الاحوال الحديثة بإرسال العلق خلف الاذنين ووضع الكمادات الجليدية على الرأس ويعطى للرأس مسهل شديد من اقزمتنا ومن الجيد فى الادوار الاخيرة لهذا المرض استعمال المحولات على القفا بواسطة الحراريق او المراهم المنقطة وقد تحصلت فى حالتين شاهدتهما على نجاح عظيم بهذه المعالجة ومع ذلك فمن الجائز الخطأ فى التشخيص فى هذه الاحوال ولوان الاعراض واصفة بالسكية

* (فى التهاب الدماغ ولفائفه)

الامراض التى تعرض لشرحها فى المباحث اللاحقة هى اولا التهاب الام الجافية وجيوبها ثانيا التهاب الام الحنونة البسيط اى المحسوب بنضج قصى لىنى ثالثا التهاب الدرق لهذا الغشاء مع الاستسقاء الدماغى الحاد رابعا التهاب السحايا الدماغى الشوكى الواثى خامسا التهاب جوهر الدماغ نفسه رحيث ان التهاب العنكبوتية لا يمكن فصله عن التهاب الام الحنونة فلا يمكن التكلم عليه خاصة

(المبحث السابع)

(فى التهاب الام الجافية و التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية)

قد تكلمنا فى المبحث السابق على شكل من التهاب السحايا ومميزاته بالتهاب السحايا الجافى وبالورم الدموى للام الجافية لان الوجود شرح هذا الشكل فى مبحث الانزفة السحائية بسبب التزيف الذى يحصل عنه والاعراض التى تصاحبه ولم يبق علينا فى هذا المبحث غير شرح شكل التهاب السحايا للام الجافية المعروف بالتهاب الام الجافية الظاهر من منذ ظهور اشغال المعلم فرجوف على الورم الدموى للام الجافية

* (كيفية الظهور والاسباب) *

من المشكوك فيه كون الالتهاب الذي نحن بصددده يظهر ظهورا أوليا أى كمرض ذاتى عقب تأثير البرد أو غيره من الاسباب المضرة والغالب ان هذا الالتهاب يكون على العموم مرضا تابعا فيضاهف شقوق الججمة وكسورها وتسوس عظامها ولا سيما تسوس الصغرة والمصفاة والفقرات الاولى العنقية وقد يصاحب هذا المرض ايضا عنى الالتهاب المصائى الظاهرى التهاب السحايا الظاهرى للججمة بدون تغير فى سمك العظام المكونة لقبوتها السكائنة بين هذين القشائين

والتهاب الجيوب الدماغية الذى يعقبه تكون سد ذاتية أو سد الجيوب الذى يعقبه فيما بعد التهاب فى جدرها كذلك يحصل بكثرة وأ كثر حصوله فى الجيوب الموضوعة على المضرة أعنى فى الجيوب المستعرضة وفى الجيوب المضرة وهذا بوجه بسهولة كون التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية انما ينتج بكثرة عن تسوس العظم المضرى الذى يمتد الى قاعدة الججمة ولذا ان المرضى المعتر بهم سيلانات اذنية مزمنة عقب التهاب الاذن الباطنة وتسوس العظم المضرى يكونون على الدوام فى خطر عظيم من اصابتهم بالتهاب فى الجيوب الدماغية أو سددها ولا يندر ان يحصل تلاش تقصى أو صديدى فى السدد الثابتة وبذلك تصل جريشان صغيرة منتهى باطن الاوردة فتحصل سد بسيارة والتهابات انتقالية

* (الصفات التشريحية) *

التغيرات التشريحية التى تحصل فى الاحوال الخفيفة المزمنة فى الالتهاب المصائى الجافى الظاهر تقتصر على مهاكة فى الام الجافية ناشئة عن تكوّنات خلوية على سطحها الظاهر وينتج من هذه التكوّنات الخلوية التصاقات متينة بين الام الجافية وقبوة الججمة وهذه الطبقات الخلوية الجديدة التكوّن تكابد فيما بعد الاستحالة العظمية وامامى الاحوال الحادة الثقيلة فتكون الام الجافية ملونة بلون أحمر بسبب الاحتقان الوعائى الشعرى والا كبروزيات الصغيرة المتكونة فى اصغار محدودة مقابلة للاجزاء المصابة من عظام الججمة بالتسوس ومع ذلك فتكون الام الجافية مخففة

من تشعة فاقدة للعنان لونها ومنسوجة مسترخية اليينا وأخيرا يتسكون فيها القمع وان كان تجمع القمع بين الام الجافية وعظام الجمجمة انفصل الجزء الملتهب من العظام الموضوعة اسفل منه وفي هذه الحالة الاخيرة تسكاد الام الحنوتة تكون ملتصقة على الدوام في امتداد عظيم ويكاد يتعسر في الجثة الحكم بان كان التهاب جدر الجيوب سابقا على السدد الذائبة أو العكس وان كانت السدد غير متلاشية وجدت ملتصقة بالسطح الباطن المسترخى الحشن بل جدر الجيب الثخين وممتدة من هنا تبعا لمشاهدات المعلم ليبرت احيانا الى الخلف أو الى الاسفل نحو الوردية الباطنية والغالب ان توجد السدة الذائبة متلاشية في الجثة ويكون الجيب الملتهب اذ ذاك ممتلئا بسائل قيحي أو صديد مختلط بندف سنجابية مخضرة منتنة ومع هذه التغيرات توجد عادة التغيرات الخاصة بالالتهاب الاذني الباطن وتدوس الصغيرة الممتدة كهناك غشاء الطيلة وقد العظيمات السهمية وتكونان بوليوسية في الغشاء المخاطي وامتلاء تجويف الطيلة بالقمع وارتساحات قيحية في الدهليز والقوقعة واخية التتوالحلمي

* (الاعراض والسير) *

الالتهاب المصاقي المزمن للام الجافية الذي تعقبه سبب في هذا الغشاء والتساق متين بينه وبين قبة الجمجمة وتعظم في الطبقات الخلفية الجديدة التكوينية يمكن أن يصطبب بالمر في الرأس وغيره من الاعراض لكن هذه الاعراض ليست واضحة فلا يمكن الحكم بها على معرفة هذا المرض وكذا اعراض التهاب الام الجافية الظاهر الحاد وسيره يكاد كل منهما يكون على الدوام متنوعا جدا بسبب المرض الاصلى وبمضاعفة هذا المرض فيما بعد بالتهاب الام الحنوتة الممتدة والانتشار الصديدي والالتهابات الانتقالية بحيث يتعذر وصف هذا المرض بانفراده وصفا واضحا فاذا اصططبت احدي اصابات الجمجمة خصوصا السيلان الصديدي الاذني المتعلق بتدوس في الصخرة بالمر شديد جدا يمتد بجوار العظام المصابة وظواهر رجعية وفيء أو دوام وطنين في الاذنين وانقباضات عضلية وهذيان وغيره من ظواهر تهيج الدماغ واعقبت هذه الظواهر بظواهر رخود وشلل فيما بعد

جلز الظن بان الاصابة العظمية احدثت ما ابتدأ التهابا في الام الجافية ثم
التهابا منتشرا في الام الخنونة وكثيرا ما يكون الدور الاول لهذا المرض
قصيرا وغير واضح جدا فتوجد المرضى في حالة خدر في أول زيارة طبية أو عند
دخولهم في المارستان لكن في مثل هذه الاحوال يمكن تشخيص المرض مع
تأكيد تقريبى متى وجدت اصابة جرحية عظمية في الجمجمة سيما ان وجد
هذا المرض سيلان أنفى من ولم يوجد سبب آخر به يمكن توجيه الآفة
الدماعية

والظواهر المرضية التي تنتج عن التهاب الجيوب الدماغية وسددها الذاتية
تكون على الدوام مرتبطة باعراض التهاب العصبانى السابق ذكرها
وزيادة على ذلك فانه ينضم لها تضالبا اخر اخص التهاب الدماغى ولذا نحن الجيد
الاختصار في البيان وان تذكر فقط الاحوال التي فيها يظن عند وجود
تسوس في الصخرة المنضم له التهاب سجاتى أو دماغى وجود التهاب في الجيوب
الدماغية أو سددها ذاتية فيها ونبيه على انه من الجيد لكثرة المضاعفة التي
نحس بصدها الالتفات الكلى لامكان حصول هذه المضاعفة ولو فقدت
العلامات الدالة عليها وان وجد العرض الذى قال به المعلم جوارد في احوال
السدد الذاتية للجيب المستعرض اعنى قلة امتلاء الوريد الودجى الذى يقبل
دمه من الجيب المستعرض اكنسب الظن بوجود هذه المضاعفة تأكيدها
عظيما وعين ذلك يقال بالنسبة للعرض الذى قال به المعلم جريستجر في الحالة
الوحيدة التي شاهدها اعنى ظهور الاوذيا المحدودة المؤلمة خلف الاذن ولوان
هذه الاوذيا في احوال تسوس النوا الحلمى الذى اعتبره جريستجر نوع ورم
ايض مؤلم صغير يمكن حصوله بكيفية أخرى وليس بامتداد السدد الذاتية
بواسطة الاوردة الموصلة اى الستورية التي توجه الى الخارج في الحفرة
السينية وفي غالب الاحوال يمكن الحكم من ظهور القشعريرة ومن علامات
اليورات الاتقالية في الرئين مع التأكد ان تسوس العظم المعزى
لم يؤد فقط للالتهاب المعهاتى والدماغى بل أيضا لتكوينات سدديّة ذاتية
في الجيوب الدماغية

المعالجة

مضى ظهرت العلامات الابتدائية المعلقة بالتهاب الام الجافية او التي بها يتوهم وجود هذا المرض وجبت المبادرة باستعمال المعالجة القوية المضادة للالتهاب خصوصا الاستفراغات الدموية الموضعية المتكررة وفي آن واحد تستعمل الحقن الفائرة المليئة في الاذن مع تعطينها بالعضادات الفائرة ان كان هذا المرض مسبوقا بسلان اذني ومن الجيد ايضا استعمال المسهلات الشديدة والمصرقات القوية على القفا بواسطة الحراريق العريضة وباني معالجة التهاب الام الجافية يضاهي معالجة التهاب الام الخنونة

(المبحث الثامن في التهاب الام الخنونة المصوب بنضج قيصي لينى)
(المعروف بالالتهاب السحائي البسيط وبالالتهاب السحائي لقيوة الجمجمة)
(كيفية الظهور والاسباب)*

في التهاب السحائي الحاد ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية نضج لينى متنوع على اخلية فيجسية كثيرة واما في التهاب السحائي المزمن ففيه تكايد الام الخنونة والعنكبوتية سماكة وتكاثفا بتكون منسوج خلوى جديد ثم ان التهاب السحائي الحاد المصوب بنضج قيصي لينى يكون في كثير من الاحوال مرضا تابعا فيصاحب جروح الجمجمة أو الام الجافية أو التهابات الدماغ او غير هامن امراض هذا العضو ويندر أن يحصل هذا المرض حصولا ذاتيا عند اشخاص سالمين من قبل يقطع النظر عن الشكل الوبائي من هذا المرض الذي سنذكره في المبحث التاسع ويكثر حصول هذا المرض عند الاشخاص المنهوكين والمصابين بامراض مزمنة ضعيفة فيشاهد هذا الالتهاب مثلا في اثناء نقاهة التهاب الرئوى والبلوروى أو بعض الامراض الطفعية الحمية الحادة أو غير هامن الامراض التسممية العامة أو عقب الاسهالات المزمنة أو في مدة سيرداء بركت ونحو ذلك ولا يجوز اعتبار هذا الالتهاب في مثل هذه الاحوال انتقاليا بل ولا تابعا ولولم يمكن اثبات تأثير سبب مضر اثر على الجسم

ويعدم من الاسباب المضرة الظاهرة التي تعتبر سببا من هذا الالتهاب السحائي تأثير الاشعة التسممية القوية على الرأس وتأثير البرد الشديد

عليه والافراط من المشر وبات الروحية ومع ذلك فلم يثبت مع التأكيد
الاتأثير السبب الاخير واحداثه الالتهاب السحائي وهنالك شكل من هذا
الالتهاب يكون عرضا من اعراض الداء الزهري البني كما نبه على ذلك المعلم
جريسفر ونحن أيضا شاهدنا حالة من هذا القبيل
(الصفات التشرحية)

الالتهاب السحائي المحسوب بنضج قيحي ليني مجلسه على الخصوص الجهة
المحدبة من النصفين الكريين العظيمين ففي الشكل الحاد لهذا المرض
توجد الاوعية الدقيقة للام الحنونة محترقة احتقانا كبيرا الوضوح أو قليلا له
والمسافات تحت العنكبوتية خصوصا بين التلافيف الدماغية وفي محيط
الاوعية الغليظة يكون منسكيا فيها نضج مصفر متكاثف محتو على كرات
قيحية ومواد ليفية ذات حبيبات رقيقة وفي الدرجات الخفيفة لهذا المرض
يوجد النضج في المسافات المحيطة بالاوعية الدموية وحيانا تكون
العنكبوتية ايضا مغطاة بنضج ليني أو قيحي والجوهر القشري للدماغ يكون
تارة على حالته الطبيعية وتارة يكون مجلسا للين التهابي والجيوب الدماغية
التي تكون مملئة بسائل في احوال الالتهاب السحائي القاعدي الدرني تكون
خالية عنه غالباً في الالتهاب السحائي القمي القيحي وفي الالتهاب السحائي
المزمن توجد العنكبوتية ملتصقة بالام الحنونة والام الجافية اما بالجمجمة
أو بالتهافتات متعددة والام الحنونة تكون ثخينة متكاثفة والمسافات تحت
العنكبوتية مملئة بسائل عكر وقد توجد الام الحنونة احيانا مستقبلة الى
غشاء ديبليك لا يمكن فصله عن المخ بدون تمزق هذا الغشاء

(الاعراض والسير)

الالتهاب السحائي الحاد يصطبغ في اثناء سيره بظواهر حرجية شديدة
وعلى الخصوص بسرعة عظيمة في النبض وقد يتبدى كغيره من الالتهابات
الحادة الممتدة للاعضاء الاخر بقشعريرة عظيمة وهذه الظواهر الحرجية
العامّة لا تسكاد توجد بهذه الشدة في غير هذا المرض من امراض الدماغ ولذا
كانت مهمة في تشخيصه وعند استمرار هذا المرض زمنا طويلا حصل
تناقص عظيم في سرعة النبض بحيث يتنازل من المائة والعشرين أو من

المائة والاربعين في الدقيقة الواحدة الى سستين أو ثمانين مع استقرار باقي
 الظواهر الحمية الاخر واضطراب وظائف الدماغ كان هذا دليلا آخر على
 وجود التهاب السحايا وباقي اعراض هذا المرض هي ألم الرأس
 واضطرابات الدماغ التي ذكرناها مرارا اما على شكل ظواهر التهييج
 أو الخمود أو الشلل العام والم الرأس في التهاب السحايا الحاد يرتقي الى
 درجة عظيمة جدا بحيث ان المرضى لا تشككي به فقط عند ماته تكون حافظة
 لادراكها بل انها توجه يديها جهة رأسها ولومع فقد ادراكها مع الانين وهذا
 يدل على انها لم تزل تحس بالآلام ويكاد يوجد في جميع الاحوال من ابتداء
 هذا المرض اضطرابات عقلية بسبب قرب الالتهاب من الجوهر القشري
 للدماغ فالمرضى تكون في حالة قلق واضطراب ويفقدون النوم ويحصل
 عندهم هذيان بمرارة وكذا يحصل اضطراب عظيم في الحساسية بحيث ان
 المرضى لا يتحمل الضوء الشديد ولا اللفظ القوي بل انها تنزعج احسانا من
 اقل ملامسة وينضم لذلك طنين في الاذنين وشرا أمام العين وضجر عظيم
 واصطكاك في الانسان وتضايقي في الحديقة وانقباضات عضلية وفي
 وقد ذكرنا جميع هذه الظواهر في احوال الاحتقان الدماغى البسيط وفي
 شبه الاستسقاء الدماغى للاطفال المعروف باليدروسفا الوتيد وفي الحقيقة
 ليس للالتهاب السحائي علامات واصفة له قاصرة عليه لا توجد في غيره من
 امراض الدماغ وانما معرفة الامور السببية وارتفاع درجة الحمى وعلى
 الخصوص سرعة النبض والام الشديد جدا الرأس يحكم بها مع التقريب في
 هذا الدور على نفى وجود احتقان دماغى بسيط او انيبيد دماغية غير ان
 الغالب ان يحكم على وجود هذا المرض وعلى حقيقة تشخيصه في الدور
 الثاني له وذلك بمشاهدة الاعراض الخطرة وعدم نجاح الوسائط العلاجية
 وبالانتهاء المحزن الكثير الحصول لهذا المرض فان فقد في الدور الاول
 العلامات المشخصة وجب على الطبيب التأني في الحكم على العاقبة فانه
 في الغالب لا يتضح الامر إلا بعد عدم نجاح المسهلات والاستفرغات
 الدموية الموضعية ويحقق من التمييز بين الاحتقان الدماغى والالتهاب
 السحائي ثم ان الدور الثاني لهذا المرض يكون في الغالب مبنيا بنوب تشبهات

يسبقها عادة تيبس في عضلات القفا وانقباض مسفر فيها فان هذه العلامة
 يتبين منها غالباً انتقال هذا المرض من دوره الاول الى دوره الثاني وفي هذا
 الدور الاخير تقع المرضى في حالة خدر عميق وثبات فلا تدرك المؤثرات
 الظاهرة ولا تحس بها فلا يكون لها قدرة على تحريك الاطراف ومع ذلك
 قبض العضلات سيما عضلات القفا لم تزل منقبضة انقباضاً مسفراً
 تبتاً توسياً والحدقة التي كانت في الابتداء منقبضة تتدد في هذا الزمن
 لكن ليس على الدوام وكذا يحصل في النبض ببطء عادة لكن ليس على
 الدوام أيضاً ويتقدم الثبات والشلل العام ويزداد يدها تمك المرضي
 بعد بعض الايام ويندر أن يمتد ذلك الى انتهاء الاسبوع الثاني أو الثالث
 وهذان الدوران اللذان كثيرا ما يشاهد فيهما تحسين ظاهري لا يمكن
 تطبيقهما على دورين مطابقين لهما في التغيرات التشريحية المرضية حتى
 يقال مثلاً ان الدور الاول يطابق احتقان السحايا والدور الثاني يطابق دور
 النضج الذي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية وكذا ان فيه على انه في كثير
 من الاحوال سبباً التي فيها ينضم الالتهاب السحائي لتسوس الصخرة
 أو غيره من امراض الدماغ يكون الدور الاول قليل الوضوح أو مفقوداً
 بالكلية وفي مثل هذه الاحوال تبتدئ الظواهر المرضية بنوبة تشنجات
 تتردد بجملة مزار يعقبها ثبات عميق وشلل عام مصحوب بانقباضات مسفرة
 في بعض العضلات والانتفاء الكثير الحاصل في الالتهاب السحائي هو
 الموت وذكر المشاهدات المرضية المعلنة بشفاء سريع في مثل هذه الاحوال
 توقظ الظن بانه حصل خطأ في التشخيص سيما وانه توجد مشابهة بين
 اعراض الالتهاب السحائي والاحتقان الدماغى البسيط وعلى الخصوص
 عند الاطفال

واما اعراض الالتهاب السحائي المزمن فليست معروفة جيداً سيما في ابتداء
 هذا المرض ولوان اثر التغيرات التشريحية لهذا المرض كثيراً ما توجد في
 جثة الأشخاص السكارى أو المصابين بامراض عقلية والذي يظهر أنها
 تبتدئ بالمرء في الرأس واضطراب في وظائف الدماغ على شكل نلواهر التهييج
 غير انه في الحالة الزاهنة كما في السكارى مثلاً يكاد يبيى الشك دائماً بين

الاهراض المذكورة هل تتعلق باصابة النهايية في السحايا او بالتسمم بالكول
وما في الدرجات المتقدمة لهذا المرض فمعرفة تها سهلة فان وجد عند مريض
تعرض للاسباب المتقدم ذكرها وامكن نفى غير هذا المرض من امراض
الدماغ سيما الضمور البسيط لهذا العضو وحصل عنده تناقص في قوته المذكورة
وصارت قوته المفكرة غير حادة وتغيرت خصاله وانضم لذلك ارتعاش
في الاطراف واهتزاز عند المشي وغير ذلك من علامات الشلل التدريجي جاز
الحكم بتشخيص التهاب المصاعى المزمن

المعالجة

في التهاب المصاعى الحاد المعسوب ينضج قصى لبنى يمكن الحصول
في بعض الاحوال على نتائج عظيمة جدا بواسطة المعالجة القوية المضادة
للالتهاب وفي الغالب لا يحتاج للاستفراغات الدموية العامة بل المستعمل
بكمثرة الاستفراغات الدموية الموضعية كارسال العلق مرة او مرارا
خلف الاذنين وعلى الجبهة وتكراره ان سمعت قوى المريض بذلك وبالنسبة
للاطفال لا يوضع منه الا قليل بخلاف البالغين فيرسل منه بقدر خمس عشرة
الى عشرين على التتوين الحليين ويستعاض ذلك بالمحاجم التشرطية
عند الفقرا وزيادة عما ذكر يغطى الرأس بعد ازالة شعره بمكادات جليدية
او بمثانة مملوءة بالجليد ويعطى للمريض مسهل شديد مركب من الزئبق الحلو
والجليبة او الاملاح اوزيت الخروع او الحقن السهلة القوية وفي الدور
الاخير لهذا المرض ان حصل للمريض ثبات وكوما وغيرهما من علامات شلل
الدماغ ولومع استعمال الوسايط السابق ذكرها ينبغي وضع حراقة عريضة
على جميع القفا واستعمال المراهم المنقطة على فروة الرأس وأجود من هذه
المصرفات واغوى في التأثير الحمايات القشلية وحسب الماء البارد على
الرأس من ارتفاع مناسب بواسطة نحو سطل وتكاثر المرضى تفيق مدة صب
الماء البارد على الدوام وينبغي تكرار استعمال هذه الواسطة زمنافز منا
اعنى بعد بعض ساعات ان اريد الحصول على نجاح مستمر ويمكن ازدياد
مقدار ما يصب من الماء على الرأس ككل مرة بحسب الاقتضاء ومن
المستعمل بكثرة في هذا المرض ايضا الدلك بالمرهم السجاني الزئبقي على القفا

واستعمال الزئبق الخلو بمقادير صغيرة استعملت لاسمها لاسمها لم تجد هذه المعالجة
نفعاً وجب تلطيف ظواهر تهيج الدماغ بواسطة المركبات الاقيونية
او المرفين او الحمامات الفاترة ومساعدة امتصاص النضج بواسطة اسهال
للديجيتالا او بودور البوتاسيوم

وفي الشكل المزمن من هذا الالتهاب اوصى كروكن برج بالنشاش البارد
وذكر انه اقوى الوسائط في هذا الداء فقد شاهد في حالة شفاء احد المصابين
بالالتهاب السحائي المزمن عقب استعمال هذه الوسطة وصب الماء البارد
على الرأس صبا متكررا بسطل نحو الخسين مرة ويستعمل بكثرة في الشكل
المزمن من الالتهاب السحائي بودور البوتاسيوم او بودور الحديد عند تقدم
الضعف بكمية عظيمة خصوصاً في الشكل الناتج عن سوء القنية الزهري بل
وفي غيره من اء شكال المزمنة لهذا المرض هذا مع مساعدة الحمامات الفاترة
وصب الماء البارد على الرأس

(المبحث التاسع في الالتهاب السحائي القاعدي المعروف بالالتهاب)
(الدرني للام الحنونة والدرن الدخني البسيط لها وبالاستسقاء الدماغى الحاد)

(كيفية الظهور والاسباب) *

في الالتهاب السحائي القاعدي ينسكب في المسافات تحت العنكبوتية
السكائية في قاعدة الدماغ نضج قليل الكرات الفيضية سهل الانعقاد وحينئذ
يتولد في المصايا القاعدية تجمعات درنية على الدوام وبذلك يتكون شكل
مرضى يسمى بالالتهاب السحائي القاعدي الدرني وينبغي تمييز هذا من
الدرن الدخني البسيط للمصايا لان تكون الدرني في هذا الاخير لا يصطبغ
بتغيرات النهاية ولا بنضج التامى ولان كلاما من اعراض هذين المرضين
وسيرهما يميز عن الاخر من بعض الوجوه مدة الحياة وكل من الالتهاب
السحائي القاعدي والدخني البسيط للمصايا يكاد يودى على الدوام الى
انسكاب سائل في الجيوب الدماغية ولين في جذرها والجزاء المحيطة بها
وهذا اللين يكون ناشئا عن نوع تعطن او فساد في جوهر الدماغ بواسطة
ارتشاح بسيط او نضج التهابي

ثم ان كلاما من الالتهاب السحائي القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط

للنصا بالابكاد يحصل حصولا اوليا الى ذاتيا عند اشخاص سليمين من قبل
 وهذا الامر ينبغي الالتفات اليه بالكلية حيث انه مهم للغاية بالنسبة
 للتشخيص التمييزي بين الاشكال المختلفة للالتهاب المصحاتي فالغالب ان
 يكون المرض الذي نحن بصدد مظهره موضعية من جملة ظواهر الدرن
 الدخني الحاد او المزمن المنتشر في البنية او بالاقل في كثير من الاعضاء وكثيرا
 ما يهلك عدد عظيم من الاطفال بهذا الشكل وان عاشوا يصبرون مستعدين
 للاصابة بالسل الرئوي والاطفال المعرضة للاصابة بهذا الداء ليست فقط
 ذوات البنية المختاز يرية الواضحة بل ايضا الاطفال الضعيفة المتولدة بين
 ابوين مصابين بالسل اضعفين وتكون ذات بنية رديئة التغذية ضامرة
 النور غير انه يكون فيهم فطنة واسمعة ادع على عظيم وجلودهم رقيقة
 واوردتهم لاعة واهداهم طويلة وصلبة اعينهم ضرقة وكل من الاستحالة
 الجينية للعدد الشعبية والمساريقية والبورات الجينية للرئتين وغيرها
 من الاضطرابات الغذائية المزمنة التي توجد بكثرة في جملة الاطفال المالكين
 بالاستسقاء المصحاتي الحاد مع تكونات درنية جديدة في اعضاء متعددة كثيرا
 ما انهم امرها مدة الحياة فلم تعرف وهذا هو السبب في الوقوع في الخطأ
 والظن بان الاصابة المصحاتية الدرنية الدماغية اولية وينعكس ذلك فيما
 اذا اصاب الالتهاب المصحاتي القاعدي الدرني اشخاصا متقدمين في السن
 بمعنى انه يوجد في الغالب قبل ظهور امراض الالتهاب المصحاتي الدرني
 بزمان قليل ظواهر تدل على الدرن الدخني الحاد او بزمان طويل علامات
 السل الرئوي المزمن وهو الغالب وفي احوال اخرى وان انضم الالتهاب
 المصحاتي القاعدي الدرني او الدرن الدخني البسيط للمصحاتي الاخر من
 الاقاات الدرنية القديمة كالدرن الرئوي المزمن او الدرن الدماغية المزمن
 او الاستحالة الجينية للعقد الشعبية والمساريقية فلا تكون مصحوبة
 بتولدات درنية دخنية جديدة في غير المصحاتي القاعدية من الاعضاء
 بحيث تكون المضاعفة الحادة الوحيدة لهذه الاصابات الدرنية
 المزمنة وبالجملة فقد يظهر الالتهاب المصحاتي القاعدي الدرني او الدرن
 الدخني البسيط للمصحاتي بدون اصابة درنية اولية في الاعضاء الاخرى

عند أشخاص مسلمين من قبل أوفى اثناء النقاها من الامراض الثقيلة كالتيبة وس والحصبة وغير ذلك

ثم ان الاصابة الدرنية للسحايا تاديرة في السنة الاولى من الحياة واكثر حصولا في السنين التالية لهذا السن ولا تشاهد عند المتقدمين في السن الا مشاهدة استثنائية بقطع النظر عن الاحوال التي فيها تضعف السلي الرئوي وبعد من الاسباب المقيمة للاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال التنبهات والاشتغالات العقلية المفرطة لكن هذا ظاهر البطلان فان الاطفال القافدة الاستعداد لا تصاب بهذا المرض مهما تنبت الوظائف العقلية عندهم في مثل الاستعداد للاصابة بهذا المرض ليس ناتجا عن مجرد التنبهات العقلية بل عن وجود الاستعداد الاصلى ونمو الوظائف العقلية نموها قبل اوانه وكذا يقال في السقطات والضربات على الرأس فانها لا يؤدى ان كما قيل للاصابة الدرنية السحائية ولا للاستسقاء الدماغى فانه وان تحقق الطبيب ان الطفل المصاب بالدرن السحائى وقع على رأسه مرة أو جملة مرات قبل الاصابة لا يجوز له اعتبار هذا الامر سببا للاصابة بهذا المرض

(الصفات التشريحية).

يوجد في التهاب السحايا الدرني نضج مصفر قليل اللمعان هلامي غزير غالبا شاغل للمسافات الكثائية بين الام الحنونية والعنكبوتية خصوصا في محيط تصالب الاعصاب البصرية وفي امتداد السحايا جهة الحدة الدماغية والخياع المستطيل والفرج الدماغية العظيمة سيما فرجة سلفيوس ويمتد ذلك جهة السطح المحذب للدماغ ومع ذلك تسكاد توجد الام الحنونية على الدوام موشحة بقعبيات درنية مبيضة اللون في حجم حبة الشهدا فنج او اعظم وأكثر وجود هذه القعبيات في محيط الاوعية الدموية وفي الدرن الدخنى البسيط للسحايا تكون التغيرات التشريحية اقل وضوحا فلا يوجد الا بالبحث الدقيق قعبيات صغيرة عديدة في الام الحنونية ذات لون مبيض شاغل للاصفار السابق ذكرها ولا تنضج طبيعة هذه القعبيات الا مع اعتبار الاستسقاء الدماغى الحاد المصاحب لها والقعبيات الدرنية في غير السحايا من الاعضاء الاخر

والجيوب الدماغية سيما الجيوب الجانبية وكذا الجيب الثالث تكون مملئة
بسائل مصلى ومنه صدر في كلا هذين الشكليين من الدرن السحائي وهذا
السائل يكون صافيا والغالب أن يكون منعكرا بندف فيه وجدر الجيوب
الدماغية في مثل هذه الاحوال تسكون لينة جدا بحيث تنزق بأقل ملامسة
وهذا اللين الاستسقاء قد يمتد الى اصفار بعيدة من الجوهر الدماغى وكلما
كان النضج غزيرا كان جوهر الدماغ اكثر بهاسة وخلوا عن الدم وازداد
بياض الاصفار اللينة من الدماغ

(الاعراض والسير)

الاعراض الرئيسة للدرن السحائى والاستسقاء الدماغى الحاد هي عبارة
عن الاضطرابات الدماغية التى ذكرت مرارا الانما ذات خصوصيات ناتجة
غالبه عن مجلس الاصابة كظهور التشنجات الكثير جدا ولنبه على ان
نهيج الاجزاء القاعدية من الدماغ عند الحيوانات ينتج عنه تشنجات وزيادة
عن ذلك يشاهد فى الالتهاب السحائى القاهدى الدرئى اكثر من جميع
الامراض المتقدم ذكرها شلل فى العصب البصرى والحرك للمقلة وفقد
البصار والحول وتعدد فى الحدقتين كما انه يتعلق بمجلس المرض ايضا وتأثيره
فى الخناق المستطيل ومحل خروج العصب الرئوى المعدى كثرة الاضطرابات
فى حركات التنفس وعدم انتظامها وبطء النبض بطأ عظيم فى الابتداء
ثم تعتريه سرعة عظيمة نحو الانتهاء وتوجيه هذه الاعراض والحكم بها على دور
المرض عسر للغاية ثم ان الالتهاب السحائى القاهدى الدرئى وان لم يظهر
عند اشخاص سليمين من قبل لا تعد فيه من جملة الظواهر الدابقة لهذا
المرض اعراض الامراض التى يصاحبها او يعقبها الدرن السحائى بل
فى غالب الاحوال خصوصاً عند الاطفال بسبق الاعراض الواضحة لهذا
المرض ظواهر بطيئة لا يمكن الحكم عليها بالتأكد على الدوام وهذه
الظواهر تعتبر حقيقة ظواهر سابقة لهذا المرض فالاطفال يحصل عندهم
تغير فى اخلاقتهم ولا يكون لهم حظ فى اللعب بل يميلون للجلاس والسكون
ويسندون رؤسهم غالباً ويوجد عندهم نعاس واحلام من عجة ويشكون بالمر
فى الرأس خصوصاً فى احوال الالتهاب السحائى الدرئى وفى احوال الدرن

الدخني البسيط لهايا وعند اسفرار الظواهر المذكورة التي يمكن ان تستمر
بجملتها اسابيع يحصل نحاقة للاطفال بسبب اضطراب الهضم عندهم والحركة
الجيدة الخفيفة ايضا ومع ذلك فقد تمضي هذه الظواهر بدون ان يلاحظها
أهل الطفل ويخبرون عند ظهور الاعراض الشديدة بان الطفل اصيب دفعة
واحدة ومن الواجب معرفة هذا الامر حيث انه من المهم معرفة ابتداء
مرض جديد أو ابتداء الاعراض الخطرة لمرض في الدور الاخير منه
ومنى انضم للظواهر المذكورة فيء فلا يمكن نسبته للتباعد عن التدبير
الغذائي وكان تكرر التيء المذكور ليس بعد الاكل بل عند استيقاظ الاطفال
من النوم وكان معتريهم مع ذلك امساك وكان البطن مقبضا وجب على
الطبيب اعتبار الظواهر المذكورة مع غاية الدقة ولو انهم لم تحدث عند أهل
الطفل رهبا وقرعا عظيمين فانه بعد حصول الظواهر المذكورة تبثدي
الاطفال بالشكى بالم شديد في الرأس وفزع من الضوء وانزعاج من اللفظ
واضطسكالك الاسنان مدة النوم وصريح من عجزنا فرمنا (يسمى بصريح
الاستسقاء الدماغي) ويشاهد عندهم انقباضات في بعض الاطراف زمننا
فرمنا أو حركة انزعاج فجائية في جميع الجسم عند القيام من النوم مع احلام
مفرعة يسمر تأثيرها المفزع عندهم مدة اليقظة وتكون الاطفال في حالة
قلق عظيم وكثيرا ما تكرر الكلمة الواحدة مرة أو جملة مرار وتكون الحدقتان
في هذا الزمن غالبا متقبضتين والنبض سريعا ومنى اهتبت الاعراض
المذكورة للظواهر المرضية السابقة وشوهد ان الاطفال تضغط بمؤخر
رأسها على وسادة النوم مع انقباض في عضلات القفا وانتفاخ في المقد
اليتفاوية العنقية كان التحقق من هذا المرض الخطر قريبا
وعما قليل من الايام تتغير حالة المرض بمرحلة بمعنى ان توبة التشخيصات العامة
التي ذكرناها فيما تقدم تنتقل الى الدور الثاني الذي تسلطن فيه ظواهر
الشلل فيقل التيء او يزول بالسكلية ولا تشكى الاطفال حينئذ بالم في الرأس
وانما توجه يديها نحوها ولا تنزعج من اللفظ الشديد ولا تتأثر من الضوء فلا
تميل برأسها عند تقر يب ضوء شدة مثلا امام الاعين غير أن كلاما من الصريح
واضطسكالك الاسنان يستمر وكثيرا ما توجد عضلات احد الاطراف

أواحدي جهتي الجسم في حالة انقباض خفيف وعضلات الجهة الاخرى في حالة استرخاء بحيث تسقط عند رفعها وفي هذا الزمن تقعد ابتداء احدي الحدقتين ثم الاخرى ولا يمكن الاطفال توجيه ابصارهم الى نقطة مخصوصة بل يحصل عندهم الحول والنهض الذي كان ابتداءه سريعاً يصير بطيئاً بطأ عظيماً بحيث لا يضرب في الدقيقة الاستين ضربة واطل وهكذا حركات التنفس يحصل فيها تغيرات عظيمة بان تصير سطحية بطيئة خفيفة مدة بعض زمن بحيث يظهر كأ ان الطفل نسي حركات التنفس ثم تحصل حركات تنفس غميقة جداً فكانت موضوع مناقشتها من جر حركات التنفس الضعيفة السطحية السابقة وبصير السيات اكثر وضوحاً وفي اثناؤه تكون الاجفان غير منطبقة بالكلية والاهين غير متحركة او يكون الجفن العلوي ساقطاً الى اسفل والمقالة مقبحة الى اعلى بحيث يغطي نصف الحدقة من الجفن العلوي ومع هذا فيتغير لون الوجه زمناً من حيناً ان الطبيب غير المقرن عند روية الوجنتين المنقبضتين والاجفان المنتفخة والاهين ذات الحدقات المتمددة اللامعة السوداء بظن ان الطفل غير مصاب بمرض خطر وفي اثناء هذا الدورة تكون نوب التشجات مع فترات كثيرة الطول او قليلته اما قاصرة على احدي جهتي الجسم او ممددة نحو الجهتين معا واذا كان التشنج قاصراً على احدي جهتي الجسم لا ينبغي الظن بان جهتي الدماغ المقابلة للجهة المصابة بالتشنج هي المريضة وانقباض عضلات القفا انقباضاً تينتوسياً مع انحناء العنق الى الخلف يستمر في هذا الدور عادة

ثم ان هذا الدور يستمر احياناً مدة اسبوع بل اكثر وفي اثناؤه وان فقد عنهم الطبيب من حياة الطفل واهله ايضا يحصل احياناً بعض تحسين ظاهري يغش اهل الطفل ثانياً فيتمتعون في حياته وقتياً حين حصول الانتهاء المحزن وعلى الطبيب ان يسلم ان الانتهاء المحزن المذكور لا يحصل الا عقب تغيرات واضحة في الاعراض حتى يخبر اهل الطفل بذلك لان النبض يسرع سرعة عظيمة قبل حصول الموت باثني عشرة ساعة تقريباً ويتغطى الجلد بالعرق ويصير البطن المنقبض طلياً منتفخاً ويحصل التبول والتبرز بكيفية غير ارادية ويرجع في المصدر خرواخر تحت فقاعية او مخاطية ممتدة

ثم ان اغلب احوال سير الالتهابات المصاحبة القاعدية الدرقية والدرن
الدخني البسيط للمصايا يكون تدريجيا وبكيفية واحدة مشابهة لما ذكرناه
انما قد يحصل بعض اختلافات من تساعن بعض الاعراض واختلاف مدة
ادوار المرض بتمامه

فقد كرر ان هذا المرض في بعض الاحوال يكون ذا سير سريع جدا ومصحوبا
بظواهر مشابهة لاعراض الالتهاب المصحاتي الحاد بحيث يتعذر التمييز بينهما
بالكلية كما اننا نذكر ان من جهة اخرى قد يشاهد عند الاشخاص الهالكين
بالسل الرئوي عند فعل الصفات التشميرية درن في المصايا ودرجة خفيفة
من الاستسقاء الدماغي لم يتصفها مدة الحياة بظواهر مرضية وثبتت من مثل
هذه الاحوال ان دور الظواهر المرضية السابقة للمرض الذي نحن بصدد
يتعلق بابتداء اصابة الدماغ نفسها ولا بمضاعفات هذه الاصابة ولا
بالاصابة الدرقية العامة وننبه ايضا على ان كلامنا من الالتهاب المصحاتي
القاعدي الدرني والدرن الدخني البسيط للمصايا متى ظهر مدة سير السل
الرئوي المتقدم عند الاشخاص المتقدمين في السن لا يبتدئ بظواهر مرضية
سابقة واضعة بل لا تعرف الا عقب حصول انقباض عضلات الفقار والسبات
ويطرد النبض وتمدد الحدقتين وغيرهما من الاعراض الدالة على تقدم مرض
المصايا واكثر انتهاء هذا المرض يكون بالموت وهناك احوال تنتهي بالشفاء
نادرة جدا بل ربما كانت غير ممكنة الحصول وكل من السير المختلف لهذا
المرض والانحطاطات السريعة له لا يؤدي للحكم على سلامة عاقبته بل
الذي يؤدي لذلك هو التمسك المستمر لجميع الظواهر المرضية

المعالجة

معالجة الالتهاب المصحاتي الدرني والاستسقاء الدماغي الحاد لم تكن فيها
صعوبة على الاطباء قبل عصرنا هذا بمر من قليل فان التهاب عضو مهم مثل
المصايا الدماغية كان يستعمل فيه المعالجة المضادة للالتهابات القوية جدا
بحيث انه كان يوصى في ابتداء هذا المرض بالاستفراغات الدموية وباعطاء
الزئبق الحلو عز وجازر الحارصين وبالدلك بالمرهم السنجابي على الفقا وكانت
الاطباء ينتظرون مع استعمال هذه المعالجة ظهور البراز المحض الذي هو

نتيجة الزئبق الحلو وابتداء حصول التهاب فان كلامنا من هاتين الظاهرتين
 كان يعتبر علامة دالة على تأثير هذه الطريقة العلاجية وفي الدور المتأخر
 كان يجتهد في احداث امتصاص النضج الانتهاء ولذا كان يسهر على ذلك
 المرهم الزئبقي وتستعمل المدرات البولية والمهزقات القوية كالمقص
 والحار ريق على جلد الرأس المجوف او دلكه بالمرهم المنفط وان تقدم الشلل
 مع ذلك كان يستعمل منقوع الارنيكا أو الكافور ثم لما انضج في عصرنا
 هذا ان المرض الذي نحن بصددده ليس الاظاهرة من جملة ظواهر الاصابة
 الدرنية المنتشرة صار الامتناع من استعمال المعالجة المضادة للالتهاب غير
 ان الاطباء وقعوا في خطأ آخر وهو الامتناع بالكلية من المعالجة أعني
 المعالجة بالاستنظار أو الاجتهاد في مقاومة الديدسكرازا بالدرنية المنتشرة
 والمعالجة المدووعة في التهاب السحايا الدرني والدرن الدخني للسحايا
 انه في ابتداء المرض سيما متى اشتكى المريض بالمشديد جدا في الرأس دال
 على التهاب السحايا درني يستعمل ارسال العلق خلف الاذنين والايضاء
 بهذه الواسطة جيد جدا حيث انه في هذا الدور يتعذر بالكلية التمييز بين
 اشكال الالتهاب السحائي المختلفة ولا يعلم مع التأكد هل الاصابة
 بتبدئي من اول الامر بمجرد التهاب بسيط في السحايا ينضم اليه فيما بعد
 بتكرار الالتهاب تكونات درنية ام لا وينبغي تكرار الاستفراغات الدموية
 الموضوعية المذكورة ان حصل منها نجاح في الابتداء عند ازدياد الحالة
 المرضية وارتفاعها كما انه يوصى في مثل هذه الاحوال في ابتداء المرض أيضا
 باستعمال المسهلات اللطيفة والوضيعات الباردة او الجليدية على الرأس
 وزيادة عن ذلك ينبغي التماس في المعالجة كما ذكرنا في التهاب السحايا
 المصعوب بنضج صديدي ليني وأما في الاحوال التي فيها تكون الظواهر
 الالتهابية ليست كثيرة الوضوح فينبغي استعمال وسائل علاجية
 أخرى وذلك لان الاستفراغ الدموي الموضعي وان سمح باستعماله مرة واحدة
 قليل النجاح وتكراره مضر بلا شك ومن الموصى به بكثرة في مثل هذه
 الاحوال لما حصل منه من النجاح العظيم احيانا استعمال بودور البوتاسيوم
 بكمية عظيمة من جرامين الى أربعة وكذا زيت كبدا الحوت وشراب بودور

الحديد ونحو ذلك مع الاستمرار مدة طويلة وأما الحفامات التشللية على الرأس
التي يحصل منها نجاح وقتي فالأوفق تركها في الأحوال الواضحة للإلتهاب
السحائي الدرني القاعدي والاستسقاء الدماغي الناتج عنه فإن الأطفال وإن
أفاقوا مدة استعمالها إلا أن هذا لا يمكن أن يكون مطلقاً فضلاً عن كون هذه
الوسائط صعبة على أهل الطفل ومثل ذلك يقال في استعمال المصرفات
القوية كالقص والدلك بالمرهم المنقطة ونحو ذلك

وقد اوصى المعلم (هاس) في الدورالابتدائي لهذا المرض باستعمال مقادير
صغيرة من المرفين بكمية من أربعة وعشرين جزءاً من قعقة وذكر أنه شاهد
من ذلك نجاحاً عظيماً في بعض الأحوال

(تنبيه) * حيث أن المعالجة الشفائية لهذا المرض قليلة النجاح يجتهد جداً
في الحصول على غاية حميدة من المعالجة الواقية فعند ظهور الاستعداد
للإصابة بهذا المرض سيما في العائلة التي أطفالها مستعدة لذلك ينبغي
الحصول على رضاع جيد من مرضعة قوية البنية مع تعرض الأطفال لجميع
الوسائط الصحية الجيدة كإرسالهم إلى الخلاءات الجيدة الهواء وعدم تعرض
أذهانهم لأي منبه ولذا لا تجبر على الدراسة إلا بعد مضي ثمان سنين وهو
السن الذي تسكثر الإصابة فيه بهذا المرض هذا مع استعمال بعض الجواهر
الغذائية والدوائية المضادة لسوء القنية الدرني ككالالبان وزيت كبد
الحوت والحديد والزنك فقد أمكن باستعمال تلك الوسائط حفظ بعض
الأطفال من عائلته فقدت عدة أطفال بهذا المرض

(المبحث العاشر في الإلتهاب المصائي الدماغي الشوكي الوبائي)

(المعروف بالتشنج الفقوي الوبائي)

(كيفية الظهور والأسباب) *

المؤثر المضر الذي يتأثر به يحصل شكل الإلتهاب السحائي الذي نحن بصدده
وانتشاره في بقاع كثيرة الامتداد أو قليلته بحيث تظهر أوبية قليلة الانتشار
أو كثيرته غير معروف لنا لكن من القريب للعقل القول بأن الإلتهاب
الذكوري ليس متعلقاً بمؤثرات جووية ولا أرضية بل إنه ناتج عن تسمم الجسم
بسم مرضي نوعي والظهور المتعدد زمنياً فزمنياً لمرض من الأمراض

في احدى البقاع التي تكون مصونة عنه عادة وكذا اصابة جملة انصاف من عائلة واحدة وان كان في حد ذاته لا يجوز الحكم بان هذا المرض ناشئ من تسمم في الجسم الا ان مريان وباه من محل الى آخر كما هو المشاهد في اوبئة الالتهاب المذكور يعتبر ولا بد علامة قوية على منشئه الميازماي غير ان انتقال هذا المرض بواسطة اصل معدى لم يشاهد اكبدا ولو قد كرت بعض احوال يترأى منها بحسب الظاهر انتقال هذا المرض من شخص الى آخر

ومع ذلك فالالتهاب السحائي الشوكي الوبائي لا يعتبر من جملة الامراض التسممية العامة كالاشكل التيفوسية وستكلم علمهما بعد فان اعتبار هذا المرض شكلا تيفوسيا مخصوصا كما كان منتشرا في قراسيا باقاصار رفضه بالكلية بواسطة المشاهدات التي فعلت في المانيا بمدة الاوبئة الاخيرة ونحن نميز هذا المرض عن رتبة الامراض التسممية العامة التي منها الاشكال التيفوسية المختلفة بالوجه الاتية منها ان الاضطراب المرضي العام يتعلق في الامراض الاخيرة ولا سيما الحى بقبول الجوهر المسم في سوائل البنية والتغيرات التشريحية للاعضاء المختلفة الناتجة عن التسمم تظهر على هيئة مخصوصة كالتي تشافظ عن تأثير السموم النوعية المنتشرة بخلاف الالتهاب السحائي الشوكي الدماغى الوبائي فان فيه الاضطراب المرضي العام والحى وباقى الاعراض تتعلق فقط بالتغير المرضي الموضعي الناتج من التسمم بكييفية مشابهة لما يحصل في الالتهاب الرئوى البقي او الحجرة وبالتاثير المضرة التي يحدثها في الجسم هذا المرض الموضعي وكذا التغيرات التشريحية التي تظهر في العهايا والدماغ والنخاع الشوكي لا تتميز مطلقا عما سواها من التغيرات التي تحصل في احوال اخرى بمؤثرات مضرة اخرى فهذه الامور هي التي الجأتني لاعتبار الالتهاب السحائي المذكور مرضا موضعيا ولو كان منشأه ميازما تيا

ثم ان اوبئة هذا الالتهاب تشاهد في الشتاء اكثر من الصيف وتنطفي عادة بطروا الفصل الخار ومع ذلك يوجد استثناءات من هذا الامر المتأخر بالكلية لما يشاهد بالنسبة لاغلب الامراض الوبائية واكثر الاصابة به سن الطفولة فان كثير من الاطفال غالبيا يصابون به وهم لا يكون منهم تحت سلطنة وكذا

الاختصاص اصحاب السن المتوسط تكثر اصابتهم بهذا المرض واما المتقدمون في السن فيندر اصابتهم به وما يساعد على ظهور هذا المرض تأثير الوسائط الرديئة الصحية التي من جملتها زراكم عدد عظيم من الاشخاص في المساكن او قسلاقات العساكر ونحو ذلك والاختصاص المفضلة لتلك المؤثرات تكون في اثناء انتشار هذا المرض اقرب لخطر الاصابة من غيرهم * (تنبيه) قد شاهدنا هذا المرض على صفة وبائية في العساكر المصرية ولا سيما السودانية سنتين متواليتين أعني في برمودة سنة ٨٧ وكذا السنة التي بعدها في برمودة وفي كل مرة شاهدنا نحو الثمانين حالة وكان سبب هذا الوباء القاصر على العساكر متعلقا ولا بد بسلطان بعض مؤثرات صحية غير جيدة وبؤثرات ميازمانية كما ذكرناه ولم نعلم بان احدا سبقنا بمثل هذه الملاحظة وسكان عدد المصابين به عن دخل البهارستان العمومي بمصر من الثمانين الى المائة في كل مرة في زمن قريب ولم ينته الوباء بتباعد الاسباب واتخاذ التدابير الصحية الجيدة

* (الصفات التشريحية)

في الاحوال الحديثة تكون التغيرات التشريحية مطابقة لبعضها كما سيأتي وهوان الجنة لا يظهر فيها الحمى ويستطيل التيبس الرمي ويوجد كدم رمي متمد على ظهر الجسم وفي كثير من الاحوال يشاهد حويصلات هربسية خافتة على الوجه وغيره من اجزاء الجسم وتكون العضلات مسخرة وفي بعض الاحوال تكون باهتة

وقبوة الجمجمة تكون كثيرة الدم ويوجد في الجيوب المستطيلة كمية عظيمة من الدم السائل او المنعقد على هيئة جلط رخوة والام الجافية تكون تارة كثيرة التنور وتارة قليلة ومغطاة أحيانا بترسحات دموية صغيرة او النهاية سمائية جافية ولا يوجد غالبا بين السحايا الجافية والعنكبوتية انسكاب واما المسافات تحت العنكبوتية فتحتوى على انسكاب يكون بالنسبة لا يتشابه وشكله على هيئة متوسطة بين الانسكاب القوي اللين في الالتهاب السحائي لقبوة الجمجمة وبين الانسكاب القوي الهلامي في الالتهاب السحائي القاعدي ويكاد يكون محدد النصفين الكريين العظيمين مصابا

كالقاعدة لكن القاعدة أشد إصابة منه ويكون النضج في قسم تصالب
العصب البصرى وحفر فى ساوبوس وقاعدة المخيخ عظيميا والاعصاب
الناشئة من قاعدة المخ تكون محاطة بهذا النضج والمخ نفسه يكون محتويا
على كثير من الدم بدرجات مختلفة وقوامه متناقضا وفى محيط الجيوب
يكون هذا القوام عجيبا سهل الذوبان ويكاد يوجد على الدوام فى الجيوب
الدماغية قليل من سائل قيى وبندر وجود كمية عظيمة من سائل مصلى
صاف فيها

والام الجافية النضج الشوكى يكون احتواؤه على الدم متفاوتا وقد تكون
متوترة فى اجزائها السفلى ويوجد بين الام الجافية والعنكبوتية الشوكية
سائل قيى عكرو متفاوت الكمية والعنكبوتية لا يظهر فيها تغيرات سوى
تكدر واضح ويوجد بينها وبين الام الحنون سائل قيى متفاوت الكمية
ومسوحها مرشح بنضج قيى هلامي وامتداد هذا الارتشاح يكون غير
مستوفى معظم الاحوال يكون الجزء العنقى غير مصاب ويتبدى التغير
المرضى من الجزء الصدرى ومنه يمتد الى جهة الاسفل حتى يصل الى ذيل
الفرس اى الطرف السفلى من النضج الشوكى ويكاد يكون قاصر على
السطح السفلى من هذا العضو والمحال المر تشبه تكون حلقات غير منتظمة
هرىضة من الوسط ضيقة من الاطراف وتكون هذه الحلقات منضبة مرتبطة
بعضها باشرطة دقيقة مصاحبة للاوعية الغليظة ويكون منسوج الام
الحنونة فى المحال التى لا ترشح فيها بالمادة القيصية الهلامية متسكنا ثنائيتينا
عكروا النضج الشوكى يكون محتويا على كمية متفاوتة من الدم ومرشها
أحيانا بمادة مصلية ورخوا وقد وجد فى حالة شاهدها المعلم سمن القناة
المر كزية لهذا العضو مقددة ومثلثة بمادة قيصية

وفى باقى الاعضاء لا يوجد تغيرات أخرى مهمة بقطع النظر عن طرق بعض
المضاعفات والصفات التشريحية فى الاحوال المستبطية المدقمة تعرف
الامن مشاهدات قليلة فقد وجدت فى حالة من هذا القبيل كان فيها النضج
متسكنا ثنائيا ومكاد لا للاستئالة الجينية مع تجمع عظيم من مواد سائلة
فى الجيوب وذ كرو غيرنا تغيرات مماثلة لذلك

* (الاعراض والسير) *

ولنرجع الى ما ذكرناه غير مرة من ان اعراض التهاب السحايا الدماغى الشوكى الوبائى وسيره يوجه جميعها بالتغيرات التشريحية المرضية للسحايا الدماغية الشوكية وانه بذلك يتميز هذا المرض عن أغلب الامراض التسممية الحادة فان جميع ما ذكرناه هذا الاعتبار يرفض بسهولة بكونه فى التهاب الرئوى الحقيقى الذى لا يعتبره احد من جملة الامراض التسممية الحادة توجد بعض اعراض كالطفح الهرامى والبول الزلالى وغير ذلك مما تعمير نسبته للتغيرات النهائية فى جوهر الرئة والنضج الغزير الحاصل فى الخلايا الرئوية كما هو الواقع بالنسبة لبعض الاعراض غير المستمرة للالتهاب السحائى الدماغى الشوكى الوبائى

ثم ان ظهور هذا المرض يندئ أحيانا فى قليل من الايام بظواهر سابقة كآلام خفيفة فى الرأس والظهر لكن فى العادة يهجم دفعة واحدة بقشعريرة متفاوتة الزمن يصحبها سرعة آلام شديدة فى الرأس وفى أغلب الاحوال والم الرأس يرتقى بسرعة الى درجة قوية فيصير المريض فى حالة قلق وضيق عظيمين وتنضايق الحدة والقوة المدركة تبقى سليمة وتكون سرعة النبض من ٨٠ الى ١٠٠ والحرارة متوسطة وسرعة التنفس من ٣٠ الى ٤٠ فى الدقيقة وغالبا يشاهد فى انتهاء اليوم الاول او الثانى انجذاب الرأس الى الخلف ويظهر غالبا فى هذا الزمن طفح هرسمى حول الفم وعلى الوجنتين والجبنتين والاذنين بل والاطراف أحيانا وبسر التشكى بالم الرأس الشديد ويمتد هذا الألم من الرأس الى القفا والظهر ويرتقى ضمير المريض الى ارقى الدرجات وتضطرب افكاره وتبقى الحدة قائمتين وينقص البطن ويحصل اعتقال ويرتقى كل من النبض وسرعة التنفس زيادة عن المائة وعشرين ضربة فى النبض او اربعين حركة تنفسية واما درجة الحرارة فتبقى مغلطة او انها ترتقى زيادة عن ٣٩ وفى اثناء اليوم الثالث والرابع من ظهور المرض تظهر التشبكات التيننوسية فى عضلات القفا والظهر وقد تكون مصحوبة بالكراز وحينئذ يكون تيننوس خلنى واضح وينطى الادراك ويحول لكن

المرض يبقى مستمرا على حالي الضجر والقلق ويستمر انقباض الحديقة واعتقال البطن وانخسافه ويخرج البول بدون ارادة او يحتبس في المثانة فيحتاج الحمال لاستفراغه بالقسطرة ثم ان المريض العاقد الادراك يقع في حالة خدر تام ويصاحب التنفس بخراخشة خفيفة ويهلك المريض بطواهر الاوديميا الحاد

وفي بعض الاحوال الثقيلة تظهر الاعراض السابق ذكرها في زمن اقل عما ذكر في زول الادراك في اليوم الاول ويحصل تشنج تيتنوسى شديد في عضلات القفا والظهر بحيث يقبض الرأس بشدة نحو القفا وعند ما يكون سير هذا المرض شديدا جدا يمكن ان يطرأ الموت في اليوم الاول او الثاني وبالجملة فهناك أحوال نادرة فيها يسير هذا المرض بسرعة أكثر من السابقة بحيث يهلك فيها المريض بطواهر الشلل العام في قليل من الساعات بدون ان تتضح الاعراض التيتنوسية الواصفة لهذا المرض

لكن هذا المرض وان ابتدأ بالكيفية السابقة وسار كما تقدم في الايام الاول لا ينتهى بالموت على الدوام فمن العلامات الجيدة يعتبر عادة تناقص الهذيان المسفر وتحسين حالة الادراك ولومع استمرار ألم الرأس والظهر والتشنج التيتنوسى لعضلات الظهر وعند تقدم حالة تحسين المريض يمكن زوال جميع الظواهر المرضية في قليل من الايام وتبدئ النقاهة عند المريض ولو انها تستطيل جدا

وقد يكون التحسين في حالة المرض غير تام وتستطيل مدة المرض وفي مثل هذه الاحوال يمكن مضي اسابيع بدون ان تبدئ النقاهة فيسمر ألم الرأس وجثاوة القفا والتيتنوس الخلفى وبشلل بعض الاعصاب المحركة او الوظائف الحيوية تنشأ صورة مرضية مضاعفة واغلب مثل هؤلاء المرضى يهلك بتقدم النهوكة

ولند كرأخيرا الاحوال ذات السير المنتهية من هذا المرض ولم اشاهد منها الاحالة واحدة والمعلم هرش يميز ذلك ثلاثة اشكال ففي الشكل الاول يحصل التقطع في دور الظواهر السابقة بحيث تحصل جملة نوب وظواهر سابقة واضحة ثم تزول الكلية ثم تحصل نوبة جديدة يعقبها هجوم هذا المرض

واستمر ارسيره وفي الشكل الثاني يحصل في اثناء ارتقاه هذا المرض الى ارقى
الدرجات انحطاط عام جاف في الظواهر المرضية لكن يعقب ذلك في اليوم
الثاني تناقل جديد في الاعراض وقد يتردد هذا الانحطاط عدة مرات على
صفة طرزي يوى كثير الانتظام اوقليه وفي الشكل الثالث وهو الشكل
الغالب ومن جملته الحالة التي شاهدها تحصل تقطعات واضحة مدة
النفاذه وذلك ان الاعراض التي بقيت بعد انتهاء سيع المرض سبباً لم الرأس
وجثاوة القفا يحصل فيما تناقل شديداً حيناً امد طويلاً من الزمن على شكل
طرزي يوى وفي اثناء التغيرات تكون حالة المريض مطابقة

ولنشرع الآن في ذكر الظواهر المرضية كلا على حدتها بعد ان شرحنا
اعراض هذا المرض وسيره على العموم فنقول

اما ألم الرأس الشديد فلا يفقد ولو في الاحوال التي فيها ينتهي هذا المرض
بالموت بعد قليل من الساعات اعني الشكل السابع واما في الاحوال التي
فيها يسير هذا المرض سيرا اعتياديا فارضى فيها تشنكي من نفسها بالم
في الرأس او بعد السؤال وذلك مادام الادراك غير متسكدر وبظهران كلا
من الضجر والقلق والابن الذي يصاحب تكدر الادراك يتعلق بالم الرأس
وبالجهة توجد بعض احوال في اثناء تسلطن وباء هذا المرض فيها يحصل بعض
المرضى ولو بدون هجوم هذا المرض بالآلام شديدة في الرأس تستمر جملة ايام
ولا يمكن توجيهها ولا معرفة السبب الناتجة عنه ومثل هذه الاحوال تعتبر
اشكالا اجهاضية في هذا المرض

واما ألم الظهر والقفا فانه بطرأ عاده بسرعة مع ألم الرأس او فيما بعده وهذا الألم
يزداد بالضغط على النشوات الشوكية للفقرات ويرتقي لدرجة عظيمة (مع
بعض استثناءات) عندما تزيد المرضى تحريك العمود الفقري او عند
تحريك الغيرة ويمكن فيما اذا استطال المرض زمنا طويلا يزداد هذا الألم
عند تحريك العمود الفقري مدة اسا بيع

واما الاحساسات المؤلمة في الاطراف فهي بلا شك من طبيعة عصبية وناشئة
عن تهيج الجذوع الخلفية من الفخاع الشوكي وليست من الاعراض الملازمة
وربما لا تحصل الا عند تحريك العمود الفقري

واما ثوران حساسية الجلد وقد هافتا شهد في الايام الاول من هذا المرض واحيانا في مدة جميع سيره ان ملامسة الجلد غير الطيبة تسكون مؤلمة للمرضى فيزيد ضيغها وانينها كلما أريد تفسير وضعها في الفراش او القرع على بعض أجزائها ثم فيما بعد يفقد هذا الاحساس بحيث لا تحس المرضى ولومع نهيج الجلد الشديد ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا يلقى الحذر الذي تقع فيه المرضى من فقد الحساسية الدماغية وأقل من ذلك فقد الحساسية الجلدية الدائرية المبينة بان المرضى ولومع ادراكها لا تحس بتنهيج الجلد الابلقة ولا تحس به بالسكية وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء قابلية تنبيه الجذوع الخلفية العصبية بسبب التهابها

واما التشنجات التيتنوسية لعضلات القفا والظهر فلا تفقد الا في احوال نادرة من الالتهاب المصاقي الصاعتي وفي ابتداء يكون الرأس قليل الانجذاب الى الخلف ثم يكون فيما بعد زاوية قائمة تقريريا مع الجسم وبهذا الوضع وبالتيتنوس الخلفي للجزء الصدري والقطني من العمود الفقري يتعذر بالسكية على المرضى الاستلقاء على الظهر فان ارتقى التيتنوس الى الدرجة العظمى حصل ولا بد تعذري حركات التنفس وهذا العرض قد يزول قبل الموت بقليل والغالب ان يسقر بدرجة متفاوتة الى الممات أو الى حصول النفاثة

واما التشنجات الصرعية فنادرة الحصول وهذا الامر مع امتداد الانسكاب على السطح المحذب من النصفين الكريين العظمين للدماغ مستغرب واما الشلل فالغالب فيه ان تفقد ظواهر الشلل الحقيقي الى الموت ومع ذلك فهناك احوال يحصل فيها شلل النصف الجانبي من الجسم (أى الفالج) أو شلل النصف السفلي منه كما وان هناك احوال عديدة يحصل فيها شلل في اجزاء العصب الوجهي او المحرك للقلبة أو المبعد لها وتوجيه ذلك سهل بل قلة حصولها مستغرب

واما الاضطرابات العقلية فانه في ابتداء المرض يكاد يكون الادراك غير مضطرب والمرضى لا تحسن الجواب على ما يوجه لها من الاسئلة لكن عما فر يب يحصل عندهم عدم راحة وقلبي ثم نصير في قلبي من السؤال فلا تجاوب

الامع السامة اجوبة غير تامة ويوجد عند هم في الابتداء نوع هذان
لا ينقطع الابدن دفائى وهو واصف للدور الاول من هذا المرض ثم يظهر
عند أغلب المرضى هذان مختلف الشدة بخلافه حالة خدر

واما اضطرابات الحواس فمنها الالتهاب القرنى وهو ينتج عن عدم غلق
الاجفان غلقا تاما عند ضعف العضلة المحيطة الجفنية ضعفا نصف شلى
والالتهاب المشيمى النضوى والالتهاب الشبكي ويغلب على الظن ان ذلك
نتيجة امتداد الارتشاح الصديدى على مسير العصب البصرى من تجويف
الجمجمة الى المقلة ولا يندران يؤدى ذلك لفقد الابصار والممم يحصل بكثرة
فى هذا المرض بحيث يلجئنا للقول بانه ينتج عن عدة اسباب اهمها امتداد
الارتشاح القصى على مسير العصب المسمى والاذن الباطنة

واما الطغيات الجلدية فاكثرا يشاهد منها الحويصلات الهرسية وأقل من
ذلك مشاهدة الايرنما والوردية والانجورية والبقع الكدمية والعرق الحثيث
وكثرة حصول هذه الطغيات ولا سيما وضعها المسامت المنتظم يودى للقول
بانها تتعلق بتغيرات فى اعصاب التغذية كما ثبت ذلك فى الطفح الهرسى
المنطقى فى احوال الآلام العصبية كما أثبتته بيرنس برويخ

واما الحمى ففيها يفقد تبعاً للمشاهدات مهن العديدة الا كيدة الطرز المنتظم
فلا يوجد الا قليل من خطوط تقوسات درجة الحرارة مشابه لبعضه بل الغالب
ان توجد قذفات وثورانات فجائية قصيرة المدة فى درجة الحرارة وبالجملة يكثر
وجود الطرز المتردد مع ثورانات من نصف درجة الى درجة واما درجة
الحرارة العالية جدا فتكاد لا توجد الا فى الاحوال الثقيلة التى تنهى بالموت
وفى غالب الاحوال لا ترتقى زيادة عن ٣٩ واما الطرز المتقطع من الحمى
الذى يظهر أحيانا مع باقى الظواهر المرضية فى اثناء النقاهة فيعتبره مهن
حتى امتصاص بخلاف الطرز المتقطع الحمى فى الاسبوع الاول والثانى من
المرض فانه يعتبره ارتفاعا متتابعاً للالتهاب السحائى وسرعة النبض
لا يستنتج منها ارتفاع درجة الحرارة فقد تكون عظيمة جدا مع توسط درجة
الحرارة ويندران يشاهد فى ابتداء هذا المرض بطء فى النبض

المعالجة

الاحوال التي يستتبع منها جودة الطرق العلاجية الموافقة لهذا المرض والتي
تجدي نفعا هي التي يتم فيها بالتجاح من قبل وذلك مطابق لما يشاهد
في جميع الاوبية الخبيثة القتالة لجسم الامراض ومن رام تجربة الطريقة
العلاجية في الاشكال الثقيلة من هذا المرض فلا يتحصل على نتائج مهمة
كانت الطريقة العلاجية وكون المعالجة المستعملة في الالتهاب المصفاي
الذائي التي هي عبارة عن استعمال التبريد بواسطة الوضعيات الجليدية
على الرأس وارسال العلاق خلف الاذنين وتعالى الزئبق الحلو من الباطن
يوصى بها كذلك في الالتهاب المصفاي الدماغى الشوكى الوبائي يتضح ذلك
من منفعته الواضحة في المرضى الذين يظهر عندهم مبادئ هذا المرض
بتأثير وبائه المتسلطن اى الذين يصابون بالام الرأس والتقيأ بل وفي
الاحوال الواضحة من هذا المرض قد ثبت نجاح هذه الطريقة العلاجية
طيلة التجارب أغلب الاطبا الذين شاهدوه وصار رأى من لم يرغب احاطتها
ارتكنا على مشاهدة الاحوال الثقيلة منفردا وليس عندى تجارب مؤيدة
لتجاح المورفين من الباطن والحقن تحت الجلد مع المعالجة الباطنية
المضادة للالتهاب لكن هناك مشاهدات عديدة سيما مشاهدات هسن
ومنكوف تؤيد نجاح ذلك سيما الحقن تحت الجلد بالمورفين وقال هسن لم
نشهد من الحقن المذكور ادى ضرر ولو تكرر استعماله بل شاهدنا منه
تجباحات كينيا عظيما بحيث يظهر مع التبريد على الرأس وسائط عظمية
في معالجة الالتهاب المصفاي

واما استعمال الكينين ولوى أحوال هذا المرض الواضحة التقطع فليس
فيه ادى منفعة كما تحقق ذلك عند كثير من الاطبا المشاهدين لهذا
المرض

* (تسميه) * فذكرنا اننا شاهدنا هذا المرض ستين متواليتين
في بيمارستاننا العمومى وهما سنة ١٢٨٧ وسنة ٨٩ ميلادية وكانت
المشاهدة في اثناء الفصل الحار من السنة وفي كل وباء كان عدد الاحوال
المشاهدة في مدة قليلة نحو الشهرين من الستين الى الثمانين وجميعها بالعساكر

الوطنية ولا سيما السودانية

أما بخصوص التشريح المرضي فلم أجد ادى اختلاف عما ذكره المؤلف في كتابه هذا مع انى كررت فعل الصفات التشريحية مرارا عديدة غير انى ائنه على شيئين كما واوضحين بكثرة فى هذه الصفات وهما الاول بموكة النضج المرضي القهبي الابنى على قاعدة الدماغ من الخلف ولا سيما الخنج والخنضاع المستطيل بحيث كاد يكون على هذه الاجزاء طبقة ليفية قيحية مستوية كما غطيت هذه الاجزاء بطبقة كثيفة من الدهن والثانى لين الخضاع الشوكى المربع سيما فى الخضاع المستطيل والجزء العلوى من الخضاع الشوكى بحيث انه عند شق الطبقة الغمدية الخاص بالخضاع من هذه الاجزاء كان يسيل على هيئة مادة بيضاء كثيفة متجانسة كاللبن السكثيف وباقي التغيرات التشريحية هى بعينها كما ذكره المؤلف

واما بالنسبة للاعراض فلم يكن عندى ما اضيفه اليها زيادة عما ذكره المؤلف الا انه على اختلاف الاحوال وكثرة المشاهدات اقول انها شوهدت بجميع تنوعاتها وتسلطن بعضها احيانا دون الباقي

واما بالنسبة للعلاج فانا كنا نعمل المعالجة التى تقدمت مع الاهتمام بالاكثر بما ذكره مهن اهنى المعالجة الباطنة المضادة للالتهاب ولا سيما لاجل الاجل والحقن تحت الجلد بالمورفين والوضه مياث الباردة على الرأس وقد شاهدنا نجاح هذه الطريقة حتى كاد الشفا يكون اكثر من النصف فى مجموع الاحوال خفيفة او ثقيلة ولاجل بيان حالة هذا المرض ومعالجته اذكر مشاهدتين من عدة مشاهدات انموزجا تلقاهما احدث تلامنى وهو سعد سامح فى الاكلينك احدهما انتهت بالشفاء والاخرى انتهت بالموت وفعلت فيها الصفات التشريحية فالاولى انه قد حضر فى يوم السبت الموافق ٨ برمودة سنة ٨٧ ميلادية الى قسم الامراض الباطنة الجهادية بالقاعة الاولى نمرة ١٩ شخص يدعى محمود بن اسماعيل من ٤ جى يياده غردبان ١ جى اورطة بينته متوسطه القوة ومزاجه لين فاوى هسى وسنه نحو الثلاثين

وكان هذا الشخص عند حضوره يتشكى بالآلام شديدة فى الرأس عتدة الى

القفا والعمود الفقري العنقي الظهرى مع فقد خفيف في الادراك وحالة
هذيان وانقباض في عضلات القفا والظهر بحيث كان الرأس منجذباً الى
الخلف المجذاً باخفيا وده أيضاً انقباض تشبهي في الاطراف وكزاز واضح
وكل من النبض والحرارة قليل الارتفاع وجميع هذه الاعراض كانت
معه من اول يوم

وفي اليوم الثاني كانت حالة المريض ما سأذكره وهوان حالة الادراك
كانت متحسنة وكذا حالة الهذيان وأما ألم الرأس وماعه فكان كالיום
السابق وانقباض عضلات القفا والظهر كان على حالة تشبعية تيشنوسية
والحساسية العمومية موجودة غير انها متناقصة بحيث لا يكاد يحس
المريض بالقرص والحسنتين منقبضتين واللسان مبيضا والنبض بطياً
وحرارة ظاهراً الجسم منخطة فأمر له حينئذ بالاستقرار في الفراش الموضعية
على الظهر بواسطة المحاجم التشريطية وأرسل نحو عشرين علقمة خلف
الاذنين وأعطى له مسهل مكون من اثنتي عشر قحمة من الزيتي الجلود اثنتي
عشر قحمة من الجلبة تفعل ثلاث ورقات احداها مسباحا والثانية ظهرا
والثالثة مساء وأمر له كذلك باستعمال المكدرات الباردة على الرأس بعد
حلقه واصكون ألم الرأس والقفا شديداً حتى ياحقن بالمورفين تحت الجلد
وبملاحظة المريض وجدت حالته تفريرا كالصباح انما ألم الرأس كان
متناقصاً وانقباض عضلات العنق خفيفاً وحسكان قد أثر فيه المسهل
جيلة مرات

وفي اليوم الثالث وجد ان المريض حافظ لقوته العقلية وانقباض الاطراف
العضلي كاد لا يوجد وأما الذي في القفا والظهر فهو وان كان موجوداً الا
انه اختلف في التناقص بحيث ان المريض كانت له قدرة على فعل بعض جرعات
في العنق وانما ألمه للامام كانت عمرة وكل من ألم الرأس والعنق والظهر
لم يزل مستمراً الا انه متناقص وبالصغط على فقرات القميين الاخيرين
كان يزداد وكانت الحسنتين ممتدتين غير متحركتين واللسان مبيضا
والبطن منقبضاً والنبض بطياً غير منتظم يصل الى ٦٠ في الدقيقة
الواحدة

وفي اليوم الرابع وجدت الاعراض متحسنة يعني ان ألم كل من الرأس
والقفا والظهر متناقص وتعدد الحدة تسين أقل من اليوم السابق وكذا
الانتعاش العضلي في القفا والظهر أقل والحساسية العمومية متناقصة غير
ان الحدراً أكثر وضوحاً والنهض متزايد حتى انه وصل ٩٦ في الدقيقة
الواحدة والحرارة بلغت ٣٩ درجة وخطين تحت الابط

وحيث ان الاعراض الحمية كانت متزايدة عن اليوم الماضي امر المريض
اذاً بك باستعمال منقوع الديجيتال ١٣ قمعة في ست اواق من الماء مع
جرام من ملح البارود مع التمداد على المكدرات الباردة على الرأس
وكذا امره بوضع جرافة عريضة على القفا ولم يعط سوى بعض اغذية
سائلة خفيفة جداً

ثم في اليوم الخامس وجدت اعراض المريض الحمية وخلافاً لتحسنة
والنهض والحرارة متناقصة عن اليوم قبله وانما تشككى المريض بالام
شديدة في مفصل الركبتين ولا سيما الجهة اليمنى حتى انه من شدة الألم يستطع
تحريك الاطراف السفلى وتمادينا على المعالجة هكذا في اليوم السادس
وانما يزيد عليها استعمال صرخ كافوري مسكن

ثم من اليوم السابع الى العاشر اجرينا هذه المعالجة السابقة مع
تنوعات خفيفة بحسب ثوران بعض الاعراض اذ انخطاطها وهكذا

وفي اليوم الثم للعشر بن منع استعمال الديجيتال بالكلية حيث ان ارتفاع
الحرارة والنهض زال بالكلية ولم يبق سوى الضعف والام الرأس والقفا
وثوران خفيف في الحصى مساء وتمادينا هكذا على المعالجة الى ابتداء شهر
بشنس مع استعمال الاغذية اللطيفة حتى تم شفاء المريض وترك
المارستان في ١٨ بشنس على احسن حال انتهى

واما المشاهدة الثانية فهي انه في ٣ برمهات سنة ٨٧ حضر الى الاستنبالية
الكبرى بالقصر العيني شخص سوداني يدعى عبد الله من عساكر ٧ بجي
بلوك ٢ بجي أورطه ٢ بجي يساده ولدى حضوره صار الكشف عليه فوجد عمره
نحو عشرين سنة نحيف البنية ذا امراض عصبية ومعه اودوار في الرأس مع
حرارة فيه وفي بقية الجسم والام في القفا والظهر مع تقلص في عضلاتهما

والحدقتان كانتا منقبضتين قليلا والنهض سريرا خفيفا غير منتظم ومع ذلك فكان المريض حافظا لادراكه نوعا فامرله بالمكيدات الباردة على الرأس بعد خلقه واجريت له الحجامة التشرية بطرية خلف الاذنين وفي صبيحة يوم حضوره ازدادت الاعراض السابقة وفقد الادراك رأسا وحدث عنده هذيان جنوني مع ضجر وقلق عظيم حتى يكاد لا يطيق ملابسه ولا النوم على السرير وغير ذلك والانقباضات العضلية للقفا والظهر كانت متزايدة بحيث انما اكتسبت الجذع شكل القوس مع وجود آلام فيها تزداد بالضغط وكان يوجد ايضا انقباض في عضلات البطن والاطراف لاسيما السفلى فكانت منتنية على الحوض لشدة انقباضها والحساسية العمومية متزايدة جدا بحيث يتألم المريض من أدنى شيء والنهض خفيفا جدا مع السرعة وعدم الانتظام وقد وصل الى ٨٤ والحرارة كانت مرتفعة حتى وصلت الى ٣٩ وخطين وبالحصوص حرارة الرأس وكانت

الحدقتان منقبضتين جدا واللسان أحمر جاف

فأمرله في ذلك اليوم بالاستفرغات الدموية الموضعية على مؤخر الرأس والقفا والظهر (بأن وضع له عشر ون علة خلف الاذنين وفعل له اثني عشر عجمما تشرية بياسته على القفا وستة على الظهر) واعطى له مسهل من الجلبة والزيتيق الحلو من كل ١٢ قمية في ثلاث أوراق على ثلاثة اوقات في مدة النهار مع التمادي على المكيدات بالماء البارد على الرأس ولم يعط له في ذلك اليوم غذاء

وفي اليوم الثالث كانت الاعراض على حالتها انما النبض كان ٨٨ والحرارة ٣٨ واربعة خطوط فاستعملت المعالجة بعينها وزيد عليها حقنة مسهلة (من منقوع السنارطل ومن الملح المروقيتان) لعدم تأثير الاوراق المسهلة السابقة ولشدة الآلام استعمل له الحقن بالمورفين تحت الجلد ولم تزل حالة المريض في هذا اليوم بهذه المشابة بل زاد التشنج العضلي حتى عم الجسم وازداد التنقوس بحيث وصل جسم المريض لحالة التيبس حتى لو جبر على انبساط احد الاطراف لتألم من ذلك تألما شديدا فضلا عن عدم استطاعته ووجد عنده

كراز شديد متقطع بحيث لا يمكن فتحه ولو بضعف الفك السفلى ييدا جانبية
وكان مع ذلك متقطعا وكانت عيناه مغلقتين غالباً و عند انفتاحهما يحصل
له فرغ من الضوء و احيانا تكونان شاخصتين والحدقتان ممددتين قليلا
و درجة الحرارة وصلت بالترمومتر الى ٣٩ وكان النبض خفيا جدا
بطيئا غير منتظم و وصل الى ٨٤ و ظهرت ثمرة الحقن المسكن نوعا حيث
كان المريض لا يتألم بالضغط على قصى القفا والظهر

وبملاحظة مساء وجد ان الانقباض العضلي التشنجي للأطراف صار مصحوبا
بارتعاش متقطع وفي اثناء الليل انحطت ظواهر التهيج فكانت اجصل للبريض
هدوء واستراحة ونوم عميق وهذا بعد ان تبرز على فراشه بدون ارادة
و كانت مواد البراز سائلة مسودة كثيرة الكمية كريهة الرائحة و تمادى
على هذه الحالة الى الصباح

وفي اليوم الرابع تناقصت الحساسية العمومية وكان النبض خفيا بطيئا
جدا غير منتظم و وصل الى ٦٠ والحرارة ٣٨ و خط واحد وبقي
اعراض الليلة السابقة كما كانت عليه

وفعلت المعالجة السابقة بعينها وزيد علم اوضع اللج الحر دليلة المتقلبة على
الاطراف السفلى

وبالبحث عنه وقت الظهر شوهد فيه انحطاط جميع اعراض التهيج وفقد
الهذيان الجنوني بالسكية وحل محل ذلك حالة سبات وكوما عظيمين ولم يزل
هكذا الى الليل وبالبحث اذ ذلك شوهد تنوع الانقباض العضلي بحيث
كان في الشق الايسر من الجسم اقوى منه في الشق الايمن وكذلك الاحساس
فكان المريض لم يتألم في الجهة اليسرى بخلافه في اليمنى وبقيت اعراض
هذه الليلة كالتى قبلها والتبرز بعينه

وفي اليوم الخامس وجدت الاعراض التهجية آخذة في الانحطاط
والاحساس مفقودا في الشق الايسر وضعيفا في الايمن وانقباض العضلات
بالعكس اعني موجودا في الشق الايسر دون الايمن ومتزايدا جدا في الظهر
والقفا حتى كادت قيمة راس المريض تمادى ما بين كتفيه و زال السكراز

بالكلية وازدادت حالة السبات والكوما وتواتر النبض وازدادت الحرارة
فوصلت الى ٣٩ درجة

فأمر له حيثئذ بالمصرفات الشديدة على الغلابان وضمع له خراقة عريضة
تغطي اغلب الغفوا ما بين الكتفين ولشدة الاعراض الجدية اعطى له منقوع
الديجتالا ١٢ قعقة في ١٢ اوقية ماء مغلي مع اضافة ٢٠ قعقة من ملح
البسار ودوباقى المعالجة على ما هي عليه ما عدا الاوراق المسهولة

وبالبحث عنه ليس الا شوهت حالة السبات والكوما مصحوبة بخدر عميق
والانقباض العضلي للاطراف متناقصا ولا سيما اطراف الشق الايمن
والعينان غالباً شاحختين وقل فرعهما من الضو ويبحث لوقرب نحوهما
شمعة مضيئة لم يثر كما كان سابقا (وذلك دليل على تقدم ظواهر الخمود)
وعادت درجة الحرارة الى ٣٨ واربعة خطوط وقل تواتر النبض وتبرز
تلك الليلة مرتين بمواد صفاتها كالسابقة

واما اليوم السادس فقد شوهت بحسب الظاهر ان حالة السبات والكوما
خفت نوعا وافاق المريض لا ادراكه حتى كان يتطلب الشرب بنفسه كثيرا
والحرارة قد نقصت حتى وصلت الى ٣٦ وبقى النبض بالكلية وتناقص
الانقباض العضلي للجلد

فأمر له بمحراقه كالسابقة وباللج الخردلية المنقولة على الاطراف السفلى ولم
يعالج بسوى ذلك من الطرق السابقة

وبملاحظته ليس الا وجد في حالة هبوط وخود تام وكان قد تبرز نحو الست
مرات بمواد مدعمة صديديّة وزاد تقوس الجلد حتى عاد لما كان عليه اولا
وابتداء عنده التنفس الضعيف النافع من امتداد السلسل الى الشعب
الملتئة بمواد مخاطية لا يتيسر للرّض قذفها وانخفضت درجة الحرارة
بالكلية لاسيما الاطراف وخفي النبض بحيث لا يكاد يدرك واعقب ذلك
الانتهاء المحزن ليلا

وقد فعلت الصفات التشريحية فبشق فروة الراس وجدت عتقة وعند
رفع قبوة الجمجمة شوهت اوعية المهاد (الغليظة والرفيعة والشعرية)

مختلفة امتسلا زائد بالدم ومكتسبة لونا مسودا اذ اكلنا وبرزها شوهد سطح
المنخ لما عالج وجود رشح مصل عليه تحت الام الحنونة وفي بعض تلافيفه وجميع
او عيشة الغليظة الشاغلة لهذه التلافيف كانت مختلفة جدا بالدم وبالحصون
او عيشة السطح الانسي للنصف الكرى البني ووجد نضج لبني صديدي
مصغر شبه الهمن مشتت في اصفار مختلفة على السطح العلوي من النصفين
الكريين ولا سيما على الجهة الخلفية العليا للنصف الكرى الايمن وهذا
النضج كان يتبع مسير الاوعية الغليظة المحققة احتقاناً شديداً بالدم
ووجد ايضا هذا النضج على السطح السفلي للمنخ شاغلا لاصفار متباينة عن
بعضها وبالحصون كان تابعا لسير شريان فرجة سافيموس البني

وبالبحث عن المنخ وجدت او عيشة محتقنة احتقاناً زائداً على سطحه السفلي
نضج لبني صديدي خصوصاً في شقه الخلفي وكان ممتداً على السطح السفلي
للحديبة الخفية بكمية قليلة بخلاف الذي كان امامها فانه كان متسكناً قليلاً
وتابعا لمسير العصب البصري ومائلاً لانفراج المتسكون منه بعد اتصاله
وقبله وعند شق جوهر المنخ وجد قوامه ليناً قليلاً وعلى سطحه نقط دموية
صغيرة جدا وهذه النقط بعينها شوهدت عند شق جوهر المنخ والحديبة
الخفية لكن كانت فيهما اقل مما في المنخ

وبالبحث عن التضاع الشوكي وجدت اغشيتها محتقنة احتقاناً شديداً وبينها
طبقة رقيقة من نضج لبني غير متعص بل سائل لماع وبشق جوهره وجد ليناً
وشوهد على سطح الشق نقط دموية صغيرة اوصافها شبيهة باوصاف النقط
الدموية التي ظهرت عند شق جوهر المنخ انتهى

﴿البحث الحادي عشر﴾

﴿في التهاب الدماغ﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

في التهاب الدماغ كغيره من التهاب الاعضاء القليلة المنسوج الخلوي
لا يتسكون نضج خلالي بكمية عظيمة بل التغيرات الرئيسة في هذا الالتهاب
تحصل في الالياف والخللايا العصبية والمنسوج القليل السكاثر بينها وذلك
لـكونها تنفذ من تشربها الاسائل المغذية ثم تنلاشي فيما بعد بالسكبية او

تكمابد الاستحالة الشصمية قبل تلاشيمها في الحالة الاخيرة وجد
في البورات الاتهابية كمية عظيمة من اخلية نهمية (وهي المماسة سابقا
بالسكرات الاتهابية للعلم جـ لوكي) ناتجة عن مكابدة كل من الاخلية
العقدية والنويات العصبية بلا واسطة وعند تقدم الاتهاب الدماغى
كثيرا ما تتسكون اخلية قيصية بكمية عظيمة فينشأ عنم اخراجات تحتوى
زيادة عن العناصر الاعتيادية للقيح على بقايا من الجوهر الدماغى المتلاشى
وهذه الخراجات إما ان تحاط بمنسوج خلوى جديد التسكوين أو بالجوهر
الدماغى اللين الممتد اليه الاتهاب وفي الحالة الاولى تسمى بالخراجات
المتكدسة

ثم ان الاتهاب الدماغى مرض نادر الحصول فلا ينشأ عن الاسباب المضرة
الاعتيادية المحدثه للاتهاب غير هذا العضو من الاعضاء والغالب ان يكون
الاتهاب الدماغى اولا نتيجة أسباب جرحية فلا ينشأ فقط عن الاسباب
الجرحية التى تثقب الجمجمة وتصيب الدماغ بلا واسطة بل كثير ا ما تحدثه ولو
مع بقاوية الجمجمة على حالة سلامتها ولو كانت الاسباب المذكورة خفيفة
في الظاهر ومن الجائز انه في مثل هذه الاحوال يعترى الدماغ رضى عقب
ارتجاج الجمجمة فيحصل تمزقات وعائية شعرية وانسكابات دموية واهية
جسدا و الظاهر انه لا يختلف هذه الانسكابات اعراض مرضية واضحة ابتداء
غير انها فيما بعد تؤثر فيما حولها من الجوهر الدماغى كتهيج التهابى فينشأ
عنم ا فيما بعد الاتهاب الدماغى وبالاقل توجد احوال فيها يمضى زمن عظيم
بين الاصابة الجرحية والعلامات الابتدائية للاتهاب الدماغى ومن
الاتهاب الجرحى الدماغى أيضا نعتبر الاحوال التى فيها يفرق جوهر هذا
العضو بواسطة انسكابات دموية عظيمة تؤدى لحصول تغيرات التهابية
في اجزاء الدماغ المحيطة بها فانما فديتعلق الاتهاب الدماغى في بعض
الاحوال بالتهيج الذى يعترى هذا العضو من التولدات المرضية الجديدة
ومن البورات المتكررة ثالثا قد بعد ايضا من الاسباب الكثيرة الانتاج
لهذا المرض اعراض عظام الجمجمة سيما قسوس العظم الهضرى ولذا كان
وجود سيلان اذنى مهم جدا كما سيأتى بيانه بالنسبة للقيح بين خراج

الدماغ والتولد المرضي الجسدي وهناك أحوال فيها تسوس الفلك العلوي
قد امتد الى قاعدة الجمجمة وأدى لحصول التهاب الدماغ في أنذ كر
شخصا في مجد بورغ هالك بعد سنوات بخراج في الدماغ بعد خلق جزء عظيم
من الفلك العلوي بسبب تسوسه رابعا قد يحصل هذا المرض أحيانا في
مدة سير بعض الامراض التدممية العامة حادة أو مزمنة كالنجم الصديدي
والتيقوس والداء الزهري ونحو ذلك بدون ان يمكننا توجيه ذلك خامسا
قد يظهر التهاب الدماغ بندرة بدون أسباب معلومة عند أشخاص
سلمين من قبل

* (الصفات التشريحية) *

هذا المرض لا يصيب الدماغ بقامه مطلقا بل قد يكون قاصرا دائما على بعض
بورات مختلفة الحجم فتسكون من حجم الفولة الى قبضة اليد بل أزيد من ذلك
وشكلها يكون مستدير غير منتظم والغالب ان توجد بورة واحدة ومع ذلك
فهناك أحوال وجدت فيها عدة بورات ومجملها إما في المخ أو المخيخ وأكثر
وجودها في الجوهر النخاعي سيما في الجسمين المضلعين والأصرة البصرية
والجوهر القشري وفي ابتداء هذا المرض تكون أجزاء الدماغ المصابة
منشفة رخوة لين ومقطعة يقع محبرة بواسطة الانسكابات الدموية الصغيرة
وانتفاخ البورات الالتهابية يعرف بكون هيئة السطح الظاهر من النصف
السكري العظيم للجهة المريضة تشابه الانسكابات السكتية ويكون الجوهر
الدماغي في حالة انقباض بسبب ضيق متسع فجوف الجمجمة وعند شق الجزء
المرضى من الدماغ لا يرتفع جوهره على سطح الشق وعند استقرار هذا
المرض من أطول لا تزداد رخاوة الجوهر الدماغي فيستحيل الى عجينة محبرة
تكتسبه فيما بعد بسبب تغير المادة الملونة للدم لونا اسمر صديسيا أو مصفرا
أو سحبابيا عندما يكون مختلطا بقليل من الدم وهذه العجينة التي تندفع
بسهولة اذا سلت عليها سلسول ماء ضعيف تشغل على بقايا الالياف العصبية
الخلاشية وكرات دموية ونواة أخلية وقجمان نواتية خلوية ونضج حبيبي
دقيق وبقايا مواد عضوية

ثم ان باقي تغيرات واستحالات البورات الالتهابية المتبقية فاقم آتلا التمازج

تختلف فاحيانا يتكون حول البورة تولد جديد من منسوج خلوي يحيط بها على هيئة شبكة رقيقة وتكون امتدادات خلائية في باطنها ثم يمتص مخصل هذه البورة فيختلف ذلك فجوف ممتلئ بمادة مصلية او سائل شبيه بلبن الجير وذلك ما يسمى بالارتشاح الخلائي تبعاً للدورند فرديل كما سبق ذكره عند الكلام على السكتة الدماغية وفي بعض الاحوال سيما الاحوال التي يكون فيها هذا الكيس قريبا من سطح الدماغ تتقارب جدره الى بعضها ويزول مخصله فينتكون في محل البورة ندب تكون ابتداء ذات لون ابيض محروذات او عيرة رقيقة ثم تصير مبيضة مندملة فيما بعد واما اذا انتهى هذا الالتهاب بالتقيح فينتج عن ذلك خراجات دماغية والخراج الدماغي الحديث يظهر على هيئة تجويف مستدير بغير انتظام ممتلئ بسائل كثيف مصفر او سقياني او محمرا حيانا وجدره هذا التجويف تتكون من مواد خلية مرشحة بالقبح ويوجد في محيط هذا الخراج لين التهابي محاط بدائرة اوديمائية في الجواهر الدماغي ومثل هذا الخراج اما ان يعظم حجمه الى ان يثقب جدر احد الجيوب المخية او يصل للسحايا او ان التقرح يمتد من الدماغ الى السحايا ومنها الى عظام الجمجمة بحيث يمكن ان ينفثخ الخراج في الظاهر او فيها يجيأ وره من التهيأ ويف سيما تجويف الطلبة واما اذا حصل تكيس في الخراجات بتكونات خلائية جديدة فان شكله يصير مستدير منتظما ذا جدر ملساء وعند استقراره زمن اطويلا تصير جدر الكيس ذات سماكة وبامتصاص الجزء السائل من مخصله يصير باقي ما احتوى عليه هذا الكيس كثيفا ثم يستحيل الى مادة جبنية طباشيرية

(الاعراض والسير)

الظواهر المرضية التي يصطبب بها التهاب الدماغ هي اعراض تشابه اعراض التزيف الدماغي تارة وتارة اعراض الانيميا والتسكرز الجزئي لهذا العضو وتارة تكون نتيجة الفساد للاواسطى الذي يحصل في جزء الدماغ المصاب وتارة تكون نتيجة الاضطرابات الدورية في هذا العضو خصوصا في محيط البورة الالتهائية

وحبث انه قد تتلاشى اجزاء عظيمة من الدماغ بدون ان تطرا اضطرابات

وظيفية واضحة وان بعض البورات الالتهابية المتكيسة قد لا ينتج عنها اضطرابات دورية عظيمة داخل الجمجمة فن الواضح انه قد توجد خراجات دماغية عند فتح الجثة بدون ان يتوههم مدة الحياة وجود آفة مرضية في الدماغ حتى ان بعض احوال من خراجات الدماغ أيضا التي تسير بدون اعراض غير التأثير المضر الذي تحدثه في التغذية العامة لهذا العضو تصير واضحة باعتبار الاحوال المذكورة فليس من النادر ان لا يشك في وجود آفة دماغية ثقيلة عند مريض عقب حصول ألم أصم في الرأس عنده وانحطاط تدريجي وتناقص في القوة المذكورة حتى يصل الى البله ونجود في الحواس وضعف في الحركات يرتقي الى ان تصير غيرا كيدة لكن ذلك جميعه لا يكفي في الارتكان اليه الى تشخيص خراج في الدماغ بحيث ان هدم معرفة خراج هذا العضو لا تكون مشاهير الاطباء وأكثرها تمزنا مصونة عنه ومثل هذا الخطأ الذي لا يصل الى معلومية العموم مثل بعض التشخيصات الاكيدة من هذا القبيل لا يستغرب فيها الا الجاهل بالمعلومات الفسيولوجية والباثولوجية للدماغ والغير المقرنين على تشخيص أمراض هذا العضو

وهناك احوال أخرى أكثر من السابقة الخفية الير فيها يمكن معرفة هذا المرض مع التقريب او التأكد كبد التام وهو ان كان مجلس البورة في محل فيه يحصل تهتك في المراكز الدماغية لا عصاب الحواس او يحصل بها انقطاع في توصيل الفعل الارادي للأعصاب المحركة او في توصيل المنبهات الحسية لاعضاء الادراك نشأ عن ذلك ولا بد ضعف جزئي في الحساسية او شلل جزئي اما فيما يتعلق باعصاب الدماغ من الاجزاء أو فيما يتعلق بالأعصاب الدماغية الشوكية او كليهما معا وكل من ضعف الحساسية هذه والشلل قد يمتد في احوال كثيرة الى الطرفين معا واو احدى نصفي الجسم وقد يمتد في احوال أخرى على بعض الاجزاء المتوزع فيها عصب دماغي على حدته أو عصب دماغي شوكي وفي هذه الحالة الأخيرة يكاد يكون قاصرا على احدى الجهات أيضا اما ضعف الحساسية والشلل الزدوجين فلا يحصلان الا بكيفية استثنائية ولا يصلان الا في الاحوال التي يكون فيها مجلس البورة الالتهابية في اجزاء

الدماغ المتوسطة غير المزوجة والتي توجد فيها أجزاء بورات في أجزاء مزدوجة من هذا العضو ومن ظهور هذه الاعراض لا يمكن الحكم الا بوجود بورة مرضية لكنه لا يمكن منها الحكم على طبيعة البورة فانها تحصل في جميع البورات المرضية المختلفة التي فيها تتم تلك البساق عصبية واخلية عقدية عصبية ولاجل وضوح هذا الامر ينبغي اعتبار الاحوال السببية وسير المرض والظواهر المرضية التي يتضح منها تأثير البورة المرضية على باقي اجزاء هذا العضو

فان اتضح ان امراض البورة المرضية في الدماغ حصلت عقب جرح في الراس بزمان كثير الطول او قليله او كان المريض معترية تسوس في العظم المعصري قرب من العقل جدا ان المريض مضطرب بالتهاب دماغي واما اذا ثبت انه لم يسبق ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم المعصري فيكون من البعيد للعقل ان المريض معترية التهاب الدماغ وهذه القاعدة ان كانت حقيقية على وجه العموم فقد ادت للخطأ في التخصيص في بعض الاحوال فقد وجدت بجراحت في الدماغ عند فعل الصفات التشريحية ولولم يوجد قبل ذلك جرح في الراس ولا تسوس في العظم المعصري كما شاهده ان بعض المرضى المصابين بامراض في الدماغ كابدوا ضربات او سقطات على الجمجمة وان علامات مرضهم الدماغي الكامن الى هذا الوقت انقضت بعد ذلك احيانا لكن على العموم الذي يجب التمسك به في الطب العملي عدم اعتبار فعل هذه الاستثنآت الا عند وجود اسباب قوية يرتكن اليها ومع كون التهاب الدماغ لا يكون مطلقا فاعتمد الى جميع جواهره بل يكون دائما قاصرا على بعض بورات منه فلا تسكاد تفقد على الدوام في ابتداء هذا المرض علامات التبرج للدماغ والسهايا ولو كان ذلك وقتيا يزول ككثرة النبض او بطشه بطشا عظيما وارتفاع درجة الحرارة والم الراس والدوار وفقد النوم او النوم على غير هذه والمضطرب باحلام مزعجة وثوران في القوة العقلية بل وهذا يان خفيف وزيادة حساسية بالنسبة لجميع المنبهات الحسية وقلق مع انحطاط في القوى وهذا الابتداء الشديد الذي يعقب يكون تام او غير تام في الظواهر المرضية يعتبر واصفا للالتهاب

الدماغى وخواجه تبع الجرحى مجرى و يوجد فى جزائلات الجنائيات امثلة عديدة
من احوال فيها اعتبر مجموع الاعراض السابقة من الجراحين المعالجين
انها اعراض حتى جرحية بسبب نزولها بالكليّة ووضعوا اقرارهم على ذلك
رسميا مع انه عما قليل من الزمن ظهرت فى المرضى علامات مرض دماغى
ثقيل و اتضح من الصفات التشريحية وجود جراح فى الدماغ كان سببا
للهلاك عقب الآفة الجرحية بل فى الاحوال التى فيها يعقب الاصابة
الجرحية للججمة ابتداء ظواهر تهيج الدماغ والمخاطبات المنتشرة ثم تنقص
الوظائف الدماغية فيما بعد بدون اعراض بورية يظن ولا بد بوجود جراح
دماغى وانما يوجه فقد الاعراض البورية بكون الخراج مجلّسه فى محل
من الدماغ فيه لا يقطع التنبيه بواسطة هذا الخراج فى الالياف الدماغية
الدايرة والمركزة

ثم ان التأثير الذى تحدثه البورات الدماغية على باقى اجزاء هذا العضو
تكون اما عبارة عن تضيق متسع تجوف الججمة ولا سيما الجيوب
الججمية التى هى مجلس لها وعن احتقان تغمى جانبي وأوذيميا تغممية
جانبية أو تأثير مضر فى تغذية هذا العضو بتمامه فبالامر الملاكور ابتداء
يتعلق ولا بد الام الشديدي فى الدماغ ونوب الدوال والقني والآلام الوتية
والاحساسات غير المحدودة وضعف الحساسية والتشجات والاعتقالات
والشلل فى بعض اجزاء الجسم وهى ظواهر تصاحب فى كثير من الاحوال
الاعراض المتقدم ذكرها كما يبيناه مع الوضوح فى الفصل الثانى والرابع
وذكرنا انها نتيجة الاحتقان الجزئى والانيميا الجزئية للدماغ وكون تلك
الاعراض ليست كالأعراض البورية الناتجة بلا واسطة عن التشنج
الجزئى للدماغ بواسطة التغير المرضى الالتهابى تسهر بدون تفسير بل انها
تظهر تعا قبا مختلفا يوجه اما بازدياد عظم الخراج الدماغى زمانا فمنها
وبذلك يزداد تضيق متسع هذا التجويف وبالتناقص والتزايد الوتيين
للاحتقان التغمى الجانبي والوذيميا التغممية الجانبية ومثل هذا
التعاقب فى الظواهر يتضح بسهولة كثرة مشاهدته فى أحوال وجود بورات
دماغية أكثر مما يوجد فى أحوال التولدات المرضية الجديدة التى تهبطة

لكن على الدوام

ومن العمر توجيه نوب التشخيصات الصرعية التي كثيرا ما تمحصل في انشاء سير الالتهاب الدماغي فانه ليس عندنا الى الآن نظريات بالنسبة لكيفية منشأها وقد فاعت جملة تقاويم فيها ذكرت الاحوال العديدة من خراج الدماغ والتي شوهد في البعض منها آلام في الرأس والبعض الانقباضات العضلية والبعض الآخر التشخيصات الصرعية وكذلك التي فقدت منها تلك الاعراض وتجهت تلك التقاويم ليس لها الاهمية قليلة في كل حال فرائضة بالنسبة لتشخيص كل خراج دماغي اهني بالنسبة لتشخيص التمييز بين خراج الدماغ وتولد من جديد والتأثير المضر الذي تحدثه البويرة الالتفائية الدماخية في تغذية جميع هذا العضو والذي بطرأ تارة بصرعة وتارة ببطء لكن لا يفقد مطلقا حتى استمرت مدة هذا المرض يتضح بالاعراض السابق ذكرها للشلل التدريجي في جميع وظائف الدماغ - وأظن اننا ينما مع الوضوح انه يمكن معرفة الالتهاب الدماغي في كثير من الاحوال ولوانه لا يوجد له علامة ملازمة واصفة له

ثم ان مدة الالتهاب الدماغي تختلف فهناك احوال ينتهي فيها هذا المرض بالموت بعد ايام أو أسابيع قليلة وفي احوال أخرى لا يحصل هذا الانتهاء المحزن الا بعد عدة سنين واحيانا يشاهد عند بعض المرضى مع تقدم ظواهر الشلل الدماغي تقدما عظيما بحيث يقع المريض في حالة البله حصول غو عظيم في الطبقة الشعمية للجسم والموت يحصل اما فجأة عقب ظهور أعراض الالتهاب الدماغي بسبب امتداد البويرة الالتفائية وسعيها احيانا يحصل عقب ارتقاء ظواهر السبات والكموم بدون ان يوجد في الصفات التشريحية تغير مخصوص بوجهه هذا الانتهاء المحزن أو ان الموت يحصل عقب طر و أمراض أخرى

وأما الانتهاء بالشفاء فنادر وان حصل فلا يكون تاما حتى في الاحوال التي فيها يتحكون محل البويرة الالتفائية تسكونات خلوية ندية أول التي فيها يتكيس الخراج ويتكلس مقعده فان بقيا البويرة الالتفائية المذكورة بعقبها ضحور في بعض أجزاء الدماغ وبذلك تبقى وظائف هذا العضو مضطربة

﴿المعالجة﴾

معالجة التهاب الدماغ قليلة النجاح وفي الابتداء يوصى بمعالجة مضادة
للالتهاب طبقا للقواعد التي ذكرناها في معالجة التهاب المصحات البسيط
وذلك متى ظهرت علامات التبرج الدماغى الحاد يظن منها حصول تغير
التهابى في هذا العضو وفى المصحات الكنى ينبغي عند اجراء ذلك المحافظة على
قوى المريض فان هذا المرض يوقه فى حالة ضعف عظيم وكذا فى الادوار
المتأخرة من هذا المرض قد يستدعى تردد الظواهر الالتهابية معالجة مضادة
لالتهاب خفيفة وأما النتائج التى تخلف التهاب هذا العضو فليست قابلة
للشفاء وانما باجراء معالجة مقوية للجمع يمكن صبر ورتها غير مضرة بالنسبة
لباقى اجزاء هذا العضو وبعض خراجات الدماغ يمكن أن تكون قابلة لمعالجة
جراحية وفى بعض خراجات الدماغ الناتجة عن التهاب اذنى يمكن استعمال
الضمادات الفاترة غير سال على الجهة المريضة والحقن الفاترة المتكررة
المليئة فى القناة السمعية بقصد مخرعة انفتاحها واكل من استعمال المحولات
القوية على القناة المخفية والمقص والحزام والمركبات الزئبقية قل الاتن
كما قل الافراط من استعمال الاستحضارات اليهودية التى مدحت بكثرة
فى العصر الاخير وانما الامانع من استعمال بودور الحديد عند المرضى
الضعفاء كما أوصى به بعضهم لكن بدون امل فى الحصول على نتيجة عظيمة
فلم يبق ثم الاحفظ المرضى فى غالب الاحوال من المؤثرات المضرة الاخرى
مع استعمال تدبير غذائى لطيف ومضاربة بعض العوارض القوية الخطرة
فالنوب السكتية مثلا نعالج على حسب القواعد التى ذكرناها فى السكتة
الدماغية والالتهاب المصحاتى الذى يظهر احيانا يعالج بمضادات الالتهاب
القوية

﴿المبحث الثانى عشر﴾

﴿فى التيسر الجسدى للدماغ﴾

كثيرا ما ذكرنا فى المباحث السابقة تسكين تيسرات ندىية فى الدماغ ناتجة
عن التهام البورات السكتية أو البورات الالتهابية لكن يوجد زيادة عن
هذه التيسرات التابعة للتغيرات المرضية المذكورة تيسرات جزئية فى الدماغ

تحصل حصولاً ذاتياً في بعض اجزاء هذا العضو وهذه التيبسات عبارة عن
تكاثرات من منسوج خلوي تراحم الاجزاء السليمة من الدماغ وكيفية
حصول هذه التيبسات الخلوية غير واضحة فلا يعلم ان كان ينشأ عنها التهاباً
أم لا وهذه التيبسات الذاتية كثيراً ما تشاهد في الاطوار المتقدمة من الحياة
وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال بدون ان يمكن معرفة الاسباب
التي ينتج عنها هذا المرض

وعند فعل الصفات التشريحية توجد الاصفار المتغيرة في الجوهر الابيض
من الدماغ أكثر منه في الجوهر السنجابي له وعدد هائل مختلف فقارة لا يوجد
الاصفر متيبس وتارة يوجد منه عدد عظيم وهذه التيبسات تكون على
شكل عقداء بورات غير منتظمة في حجم العدسة او اللوزة وتتميز عما حو لها
من الجوهر الدماغي بشدة لابلتها ومقاومتها وعند شقها تظهر خالية عن
الدم فاقدة للمعان ذات لون ابيض لبسني وعند تعريضها للهواء يخرج منها
مادة مصلية قليلة ثم تهبط ويوجد في مركز هذه البورات اصفار صغيرة
خررة او سنجابية تنقبض عند شقها ويسيل منها مادة مصلية وعند البحث
بالمكرومكوب عن هذه الاصفار البيضاء البنية المتيبسة يوجد فيها مادة
حبيبية رفيقة عديمة الشكل وبعض اجزاء عصبية غير متغيرة والياف
عصبية واضحة

ثم ان اعراض التيبسات الجزئية الدماغية وسيرها غير واضح بالكلية بحيث
لا يسهل معرفة هذا المرض مدة الحياة وان امكن تشخيصه في بعض الاحوال
فما ذلك الا من شدة فطنة الطبيب كما ذكره (فريكرس) وحيث ان
التيبسات الدماغية تكون قاصرة على بعض اجزاء الدماغ ومتباعدة عن
بعضها وتتمتعوا ببطيئاً تدريجياً فالشلل الذي ينتج عنها وبصاحبها في سيره حاله
وصف مخصوص وهو انه في ابتداء هذا المرض لا يكون عاملاً لاحدى جهتي
الجسم بل يكون قاصراً على بعض العضلات او احد الاطراف والغالب ان
يكون في الابتداء قاصراً على احد الاطراف السفلى ثم يمتد الى عضلات او
اطراف اخرى الى ان يصل الى الاجزاء العصبية المركزية المتسلطنة على
حركات التنفس والازدواد والقلب وامتداد الشلل المذكور لا يكون بكيفية

منقلبة بحيث ان شلل الطرف السفلي اليميني يعقبه شلل الطرف العلوي اليميني بل ان امتداده يكون غير منتظم بالكلية وهذا مما يؤدي في بعض الاحوال الراهنة كون الشلل ناشئا عن بورات متعددة منفصلة وليس ناشئا عن بورة واحدة آخذة في الامتداد وزيادة عن الشلل الذي هو عبارة عن العرض الواصف للتييسات الجزئية الدماغية بوصفه وامتداده تشاهد اضطرابات وظيفية أخرى في الدماغ غير انها اقل اهمية في وصف هذا المرض فآلم الرأس يفقد في معظم الاحوال غير انه يوجد غالباً آلام دائرية واحساس بتشنج في الاطراف يرتقي الى درجة الاحساس بالخدرف فيها او فقد حساسيتها بالكلية ومن النادر ان يعترى الحواس تغيرات مخصوصة وفي غالب الاحوال يوجد في الوظائف العقلية ظواهر ثوران وان كان يعقبه بسرعة المحطاط عظيم بل ان ظواهر الخلود قد تنضج ابتداء ولا تحصل التشنجات الا في احوال استثنائية دون الاهتزاز في الاطراف فانها من الظواهر المستمرة لهذا المرض ولا يحصل اضطراب التغذية الدموية الا فيما بعد بل عند بعض المرضى يحصل تنوع عظيم في الكتلة النجمية كما يشاهد ذلك في الالتهاب الدماغى وسير هذا المرض بطئ للغاية ففي معظم الاحوال يكون من خمس سنين الى عشرة وفي اثناء هذا السير يظهر انه يحصل فيه احيانا وقوف بدون تناقص في الشلل ولم نعلم في تاريخ الطب احوال اشغائية من هذا الداء او الموت يحصل في مثل هذه الاحوال اما من امتداد المرض الى الخناق المستطيل واضطراب حركات التنفس او بسق دم النوبة التي تحصل في اخر هذا المرض او من ظواهر اخرى

وحيث لم يكن للعلاج ادنى ثمرة في هذا الداء فلنقتصر منها على مقاومة بعض العوارض المهمة

(المبحث الثالث عشر)

(في اورام الدماغ والمصابا)

اورام الدماغ عبارة عن جميع التولدات المرضية الجسدية والطفيلية والتجددات الوعائية الانوريزماوية لاوعية الدماغ التي تتكون في باطن الجمجمة وشرحها في مبحث واحد لا بد منه في الطب العملى حيث ان التمييز بينها وبعضها بالنسبة لاهراضها وسيرها غير ممكن بل انه يوجد بين امراض

هذه التولدات المختلفة اشتباه عظيم

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

كيفية ظهور اورام الدماغ واسبابها غير واضحة بالكلية وهذا ليس بالنسبة للاورام السرطانية والحمية والجليوم والمكسوم بل أيضا بالنسبة للتولدات الجديدة المعروفة بالكوليبتياتوم أى الاورام اللثوية والسلع والاورام المتكيسة فأما سرطان الدماغ فإنه يحصل فى جميع اطوار الحياة لكن يكثر فى الطور الاخير منها وتارة يكون أوليا ويبقى مكونا للاصابة الوحيدة السرطانية للجسم وتارة أخرى يكون تابعيا لسرطان غير هذا العضو من الاعضاء وكذا باقى التولدات المرضية الجديدة التى ذكرناها تحصل على الخصوص فى الدور المتأخر من الحياة أيضا وقد ثبت كثرة حصولها بقوائم تعداد المشاهدات عند الرجال دون النساء والاستعداد المرضى والاسباب الممتدة لهذه التولدات المرضية الجديدة بمجهولة بالكلية وقد تكرر مشاهد حصولها عقب الاصابات الجراحية للرأس لكن لا يعلم هل يوجد فى مثل هذه الاحوال ارتباط بين الاصابة الجراحية للرأس وتكون التولد الجديد ام لا فإنه من المعلوم كثرة حصول الاصابات الجراحية الخفيفة للرأس وأنه فى كل حالة تظهر فيها اعراض اضطرابات دماغية كثيرا ما ينفحص بالدقة عن حصول هذه الاصابات الجراحية وعدمها وعند وجودها تميل الاطباء بكثرة الى نسبة الاضطرابات الدماغية لهذه الاصابات الجراحية وارتباطها بها

واما الدرن الدماغى فيكاد يحصل على الدوام عند الاطفال سيما بعد انتهاء السنة الثانية ومن النادر حصول درن الدماغ حصولا اوليا بل يكاد ينضم على الدوام الى درن العقد الليفية ودرن الرئتين ويكون اذ ذلك من المضاعفات الثقيلة

واما تكون الاورام الحويصلية والاشينوكوكية أى الديدانية الحويصلية فيكون ناتجا عن سيج جرثومة هذه الحيوانات الطفيلية كتسكونها باعضاء اخرى

وأما نوريزما أو عية الدماغ فتنشأ عن الاستحالة المرضية لجدر الاوعية
التي تنبع عن الالتهاب الشرياني الباطني المشوه

الصفات التشريحية

امسرطان الدماغ فيكون أوراما مستديرة أو فصيصية محدودة غالباً في قوام
وجميع صفات السرطان النخاعي ويندر أن يكون قوامها صلباً كالاسكيري
وحينئذ تمتد الى الجوهر الدماغى المجاوز بدون حد واضح ومنشأها يكون
تارة من الدماغ أو من الصفايا وعلى الخصوص من الأم الجافية أو من عظام
الجمجمة أو انها تنشأ ابتداء من الاجزاء الرخوة الظاهرة أو القباويف المجاورة
لهاسيما المجاجسين ثم تمتد منها الى باطن الجمجمة وليس من النادر حصول
عكس ذلك بمعنى ان الاورام السرطانية التي تنشأ من الدماغ تثقب الصفايا
وعظام الجمجمة وتبر زالى الظاهر والغالب ان يوجد مسرطان واحد في
الدماغ ويكون مجلسه عادة النصفين الكبر بين العظيمين وفي الاحوال
التي يوجد فيها عدة من هذه الاورام شوهدت تكونها في الجهتين المسميتين
لهذا العضو مع الانتظام والاورام السرطانية الدماغية التي يمكن ان تصل
الى حجم قبضة اليد لا تعرج مطلقاً لم تبر زجة الظاهر بل انها قد تكايد
استحالة تقهقرية بمعنى انها تصغر من الوسط وتقبصل الى مادة جنبية
وعند وصولها الى سطح الدماغ تنسكس فتنبع انبعاثاً من مركزها
وأما الاورام اللحمية فانها كثيرة الحصول كالاورام السرطانية وتكون
متعلقة بالصفايا وتنشأ غالباً من قاعدة الدماغ لامن سطحه المحذب وتكون
أوراما مستديرة أو فصيصية في لحم الجوزة أو التفاحة العظمية وسطح شعها
يكون أملس أو أبيض ومعتاً أو أحمر سخياً وقوامها يكون عادة رخوا أو
نخاعياً وينذر أن يكون يابساً اذا ألباف وقد يوجد فيها مسافات ممتلئة
بسائل والاورام اللحمية بتكون معظمها من أخلية مغزلية الشكل
مصطفة بجوار بعضها على هيئة ألياف وهى تميز عن الاورام السرطانية
ولاسيما عن الجلبوم بكونها ليست محدودة فقط بتحديد اجيد ابل بكونها
محاطة بمحفظة كثيرة الاوعية سهلة النزح منها وليس من النادر أن توجد
في الاورام اللحمية للام الجافية ككرات صغيرة من كربونات الكلس

يحس بها كالرمل بين الاصابع عند الضغط على جوهر هذه الاورام
والاورام المحتوية على كرات كاسية عديدة سماها ورجوف بالاورام
الرملية وكيفية ظهورها لم يكن معروفا حتى المعرفة

وأما المكسوم من أى الاورام المخاطية فانما تتكون من جوهر مخاطى أهنى من
اخلية مختلفة الشكل موضوعة في جوهر خلأى متجانس رخو مخاطى شفاف
وهذه الاورام وجودها ليس نادرا في الدماغ ومجلسها كالاورام اللحمية
في الجواهر النخاعية للنصفين الكريين العظيمين غالبالكن ليس على
الدوام وتظهر غالبا على شكل اورام محدودة وبندر حص ولها على هيئة
ارتشاح من مادة هلامية رخوة وجوهر الاورام المخاطية يكون لما عاقل لا وذا
لون قليل الاصفرار محمر لكن قد يكتسب لونا مصفرا بواسطة الضغط
الالتهابى والجسم الذى يمكن ان تصل اليه هذه الاورام يشابه جسم
الاورام اللحمية وبشاهدين هذه الاورام والاورام اللحمية اشكال
عديدة تعرف بالاورام اللحمية الهلامية

وأما الاورام العصبية فانما تنشأ عن غموضى في الجواهر الضام لاجزاء
الدماغ وفي اليافه العصبية وبالبحث بالميكروسكوب يشاهد انما متكونة من
نويات مستديرة موزعة فقط في الجواهر الاصلى الشبكي الدقيق وبالبحث
هنا بالنظر يرى انها متكونة من اورام ليست محدودة بتحديد اجيد ابل انها
تمتد الى جوهر الدماغ السليم بدون حد فاصل وانها لا تمتد مطلقا من جوهر
الدماغ الى أغشيتة والاورام العصبية قد تصل الى حجم قبضة اليد وتنشأ غالبا
من الجواهر النخاعية للنصفين الكريين العظيمين وكثيرا ما يحصل نزيف
وتلاش تدريجى جزئى في هذه الاورام عقب استئصالها الى الحالة الشحمية
وقوام هذه الاورام يختلف فيقوام الفطر النخاعى الرخو وجوهر
الدماغ السليم وسطح الشئ فيها يكون ذا لون أبيض مصفر أو سنجابى عجم يظهر
فيه فوهات وعائية عديدة متقطعة وقد اعتبرت هذه الاورام سابقا ارتشاحات
سرطانية وتكون هذه الاورام على الخصوص عند الشبان الذين سنهم
أقل من الاربعين بوضع القول بان سرطان الدماغ شوهد في كل طور من
أطوار الحياة

وأما الكلوليستيا فممن أي الاورام المؤثرة فهي نادرة وتشتأ تارة من العظام
الجبية وتارة من العظام أو الدماغ نفسه وتكون أحيانا أورام صغيرة وتارة
عظيمة لماعة صدفية ذات شكل غير منتظم ومحاطة بغشاء رقيق وتكون
من طبقات عديدة مغلفة لبعضها من أجليه بشرية

وأما السلق فهي عبارة عن أورام صغيرة فضيضية تنشأ غالباً من الام الحافية
وتارة تكون أكياساً محتلفة بسائل أو مواد دهنية وشعر
وأما الدرن الدماغية فهي عبارة عن الشكل الاسكتري حصوصاً من الاورام
الدماغية وفي الغالب لا يوجد الا بوزة درنية واحدة وأحيانا اثنتان ويندر أن
يوجد منها عدد عظيم وعظم هذه التولدات الدرنية يختلف فيكون من حجم حبة
الدخن الى حجم انكرز وفي الاحوال النادرة قد يصل الى حجم البيضة ويحلسها
في الغالب الخنج أو النصفان السكريان العظيمان ويندر أن يكون مجلسها
الحدية النخية وشكل هذه التولدات الدرنية يكون مستدير غير منتظم ومتكوناً
من تولدات درنية جيبية مجمعة مع بعضها أو تتكون من أورام درنية جيبية
وهذه الاورام تكون محاطة بطبقة خلوية ويندر أن تكابد هذه التولدات
الدرنية الاستعالة الكلوية وتلاشي بالكلية وتكون كهفا مشتملا على
مواد صديدية

وأما الاورام الصغرية الزهرية فيندر أن توجد في الدماغ على شكل عقد
والغالب على شكل ارتشاح فالأورام الزهرية الصغرية العقدية تمتد من حافتها
الى جوهر الدماغ بكيفية تدريجية وحيث ان هذه التعقدات يعتريها من
مركزها ضمور واستعالة شصية في أجليتها فتستحيل الى مادة شصية بالدرن
الاصفر حينئذ تشبه هذه الاورام بالدرن الدماغية فيجذب الوقوع في هذا
الالتباس بالالتفات الى أنه في الاورام الصغرية الزهرية يحصل امتداد
المركز الجبسي نحو العرض على هيئة هالة شصية دائرية بالتدريج وأما في
الدرن الدماغية الاخذ في النمو فتكون هذه الهالة أكثر اندماجا وتابعة لبعضها
ولا توجد هذه الهالة في الدرن الذي يمكن نزعها من الدماغ وأما الاورام الزهرية
المرتفعة فانها تشابه بالنسبة لقوامها وخواصها عند شقها بورات الدماغ
المتبسة القديمة البسطة مشابهة تامة بحيث لا يمكن في جميع الاحوال الحكم

على طبيعتها ولولا بحث المكركس كوفي
وأما الأورام المتكيسة فلا يندر وجودها في الدماغ وفي الغالب يوجد معها
عدد عظيم من أورام متكيسة في المنسوج الخلوي تحت الجلد والمنسوج
العصلي أيضا والغالب أن يكون مجلسها الجوهر السنجاني للدماغ
وتندر من هذه الأورام حصولا في الدماغ الأورام الأيكنوكوكية وهي تكون
أوراما حويصلية محاطة بطبقة رقيقة ومشتقة على الديدان الحويصلية
المعروفة بالايكنوكوك أي الديدان ذات السكلايب
وأما الأورام الوعية الدماغ فليست كمنيرة وأكثر حصولها في شرايين
قاعدة الدماغ ولا سيما في تفرعات الشريان الفقري وشرايين الجسم المنديل
وشريان فرجة سلفيوس والمنطقة الشريانية للعلم وليزي وفي الأحوال
النادرة يصل حجم هذه الأورام الأورام الزاوية إلى حجم البيضة الصغيرة ولكن
الغالب أن يكون من حجم حبة العدسة إلى الكرة

(الاعراض والسير)

أما اعراض أورام الدماغ فلها مشابهة عظيمة باعراض الاصابات البورية
التي بينها فيما سبق فانه لا يوجد عرض يحصل في أثناء سير ورم دماغي
ولم يشاهد في أثناء سير ابرين الدماغ أو خواجه أو غيرهما من الاصابات
البورية مثلا وهذا التطابق والتشابه في الاعراض ليس من المستغرب بل
لو كان ذلك ليس هو الواقع لما امكننا فهمه فانه بواسطة كل ورم دماغي
يحصل فساد في جزء محدود من الدماغ وضيق في متسع تجويف الجمجمة
واضطراب في الدورة حول البورة المرضية كما يحصل بغير هذا المرض من
الاصابات البورية وموضع ذلك فالأحوال التي فيها يتعسر أو يتعذر معرفة ورم
الدماغ وتمييزه عن خراج في الدماغ أو غيره من الاصابات البورية تعد من
النواذر العظيمة وهذا التناقض البين بوجهه بكونه ولومع عدم وجود
اعراض ملازمة مخصصة لأورام الدماغ يرتكن ولا بد في تشخيصها في معظم
الأحوال إلى معرفة السبب أو مجلس الورم وإثبات وجوده في محل
يكثر فيه وجود الأورام الدماغية ويندر فيه وجود اصابات بورية
أخرى وبالجملة فيرتكن إلى كيفية سير المرض الخاص بأورام الدماغ

فاما الارتيكان الى معرفة السبب فهو في الغالب سلبى فانه من الواجب في كل
 مرض دماغى التمسك الكلى بمعرفة تاريخ المرض والتأكد من السبب الذى
 أحدثه فان ثبت ان المريض لم يعثره اصابة جرحية حجمية ولم يكن مصابا
 بنسوس في أحد عظام الجمجمة وليس عند مضغامة في القلب ولا ورم في
 الصمام ولا استئصال مرضية في الشرايين وبعبارة أخرى لم يتحقق من سبب
 المرض فوجب الظن ابتداء بوجود ورم دماغى تم انتفا قبل الشروع في شرح
 الاحوال التى فيها سهل معرفة أورام الدماغ مع التأكد بدأيه من كلمات
 على الاحوال النادرة التى فيها لا تحدث أورام الدماغ عارضا أو تسير بصورة
 مرضية تعلن بوجود مرض دماغى ثقيل لكن لا يتأكد منه ان هذه
 الصورة المرضية متعلقة بورم دماغى وهذه الاورام الدماغية السكامة
 السيرة يكون مجلسها ولا بد فى محال في الدماغ فيها لا ينبج من تلك
 الاورام تهتك في المراكز الدماغية لاهصاب الدماغ ولا انقطاع في توصيل
 التنبيه بواسطة الياف الاعصاب الدماغية المركزية أو الدائرية (أعني
 المتجهة من الدائرة للمركز والعكس بالعكس) أعني في الجوهر الأبيض الممتد
 في النصفين الكرويين العظمين فقد تصل الاورام الدماغية أحيانا في هذه
 الاجزاء الى حجم عظيم جدا بدون ان تؤدي لظواهر بورية بخلاف وجودها
 في أغلب اجزاء قاعدة الدماغ أو بقرب العقد العظيمة فانها ولو صغيرة جدا
 تصطبج ولا بد بظواهر بورية بل والاورام الدماغية التى يكون مجلسها
 الجوهر الأبيض من النصفين الكرويين العظمين لا يسير منها سيرا كاملا الا
 ما كان منها ذا مغنوطى وليس كثير الاوعية بحيث انه بكثرة أو قلته امتلائها
 تنفج حيانا وتميط أخرى ولا جل توجيه الظاهرة الواضحة المثبتة وهى
 ان الأراض التى تصاحب الاورام ذات السيرة السريع تفقد غالبا عند
 ما يكون نمو تلك الامراض بطيئا قد قيل ان الدماغ فيه قابلية بها
 يمكنه التعود على أى ضغط يرتقى تدريجيا ونحن نقول ان التوجيه الآتى
 اقرب للعقل وهو أنه عند وجود أورام دماغية سريعة السيرة يحصل انضغاط في
 الاوعية الشعرية وانطفاء في وظيفة أجزاء الدماغ التى تكون مجلسها
 بخلاف الاورام البطيئة السيرة فانه يحصل في محيط الورم وهو في جوهر

الدماغ وبذلك يكتسب مسافة بقدر الحيز الذي اخذه الورم في غموة وحينئذ لا يعترى الاوهية الشعرية في الجراء المصاب انضغاط فلا تضطرب وظيفته بل تتم على حالتها ومن الجائز ان يكون وجود الاعراض البورية للاورام الدماغية أو فقدها في الاورام الدماغية لانه صفين الكبر بين العظمين ولو كان الجمجم والحجم واحد متعلقين أيضا بكون الالياف الدماغية تترشح فقط أو ان تتكون الياف بدلها وتعمل محلها وكون بعض اشكال أورام الدماغ تختلف من هذه الحبيشة بتأكدها ذكره الملم (شوبل) الذي ذكر بعض بيان مفيد بالنسبة لتركيب تلك الاورام وكون حجم تلك الاورام يتناقص احيانا ويزداد أخرى بسبب احتوائها على أوعية دموية كثيرة يزداد امتلاؤها احيانا ويتناقص أخرى تكون في سيرها معصوبة بظواهر تبيح موضعية أو ظواهر شلل أمر بين ولئذ كرأخيرا ان الاورام الدماغية التي تسير سيرا كامنا يكثر وجودها عن التي تصطب بظواهر مرض دماغي ثقيل غير واضح وينعكس الامر بالنسبة لخارجت الدماغ وهذا الاختلاف يتعلق ولا بد بكون تغذية هذا العضو عند وجود بورية النهاية دماغية تضطرب جدا زيادة عما يحصل من وجود تولد مرضي جديد

وأيا الاورام الدماغية التي في أثناء سيرها يمكن الوصول الى تشخيص أكيد لا يتبدى على الدوام بالاعراض المهمة في فعل التشخيص أعني بالاعراض التي بينها مع التوضيح جملة من اروعيتها بالاعراض البورية أعني بظواهر الشلل وفقد الحساسية الجزئية في كثير من الاحوال تكون الظاهرة الاولى الوحيدة زمنا طويلا المتعلقة بوجود مرض دماغي هو ألم الرأس وهذا العرض وان كان يشاهد في أثناء سير امراض الدماغ المختلفة بحيث يجوز القول بأنه لا يوجد مرض دماغي بدون ان يصطب بالمر في الرأس مع ذلك فإنه لا يكون عرضا واضحا مستقرا شديدا مؤلما في غير هذا المرض من أمراض الدماغ ولا يشاهد بكثرة في غير الاورام الدماغية والاحوال التي فيها المرضي المستريح هم أورام في الدماغ ولا يتشكون بالمر في الرأس نادرة جدا بحيث ان فقدها هذا الألم من مجموع اعراض أي مرض دماغي ينشأ في نوعا وجود وورم دماغي والامر المعلوم من أنه يحصل ألم الرأس في

اورام الدماغ التي مجاسها بعيد عن الاجزاء الحساسة لهذا العضو يؤيد
رأى القائلين به من ان ألم الرأس في امراض الدماغ ينبوعه الالياف
العصبية للتوأمي الثلاث المتوزعة في الام الجافية ومجاس الالم لا ينبغي تعيين
مجاس الورم به الامع الاحتراس وانما الالم المستمر القاصر على القمم وذوى
يستتبع منه مع التفر يب ان خيمة المخ مخمكة كثرة وانجذاب عظمين وان
مجاس الورم في الحفرتين الخلفيتين للجمجمة

وينضم لالم الرأس سيما ثور انه الغير المطابق غالب الذي يتردد عادة بدون
اسباب مدركة زمانا فمن ثوب دوار وقى عند أغلب المرضى وهذا الامر
يساعد في توجيه ألم الرأس وفي بيان تعلقه بورم في الدماغ
والاعراض البورية لا ورام الدماغ فيما تسبق غالباً وظواهر الخدر والشلل
الجزئيين وظواهر التبرج الموضعي وهي عبارة عن الثورات العصبية الحسية
والالام العصبية والاحساسات الغير المحدودة بتحمل أو اعتقالات عضلية
ونحو ذلك وهناك أحوال في أورام الدماغ فيها لا تبدئ الا بامراض بالمراس
بل بالاعراض السابقة ذكرها وقد بينا فيما تقدم ان ظواهر التبرج الجزئية
منى طرأت عند وجود تغيرات جوهرية تغيلا في الدماغ تعتبر ولا بد نتائج
واسطية لها وتتعلق حينئذ بالاضطرابات الدورية في محيط تلك البورات
المرضية وقد بينا انها تحصل في جميع الاصابات البورية المختلفة ولا تعتبر
في حد ذاتها واصفة ومشخصة لواحد منها ومع ذلك فهناك أمر مهم واصف
للتورانات العصبية الحسية والالام العصبية والاعتقالات العضلية التي
تظهر في أثناء سير أورام الدماغ وظواهر الخدر والشلل التي تعقبها وذلك
ان تلك الاغراض البورية تسكر مشاهدتها عن جميع امراض الدماغ
التي سبق شرحها في دائرة الاعصاب الدماغية نفسها ولا نعتي بذلك ان
ظواهر التبرج والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية نادرة كالفالج
أو انها تفقد بل ان كلا من الالام العصبية والتورانات العصبية الحسية
والخدر أو التشنجات والشلل في دائرة الاعصاب الدماغية بقطع النظر
عن باقي الاعراض بعضها القول في كل حالة ارضية بان هناك تولدا جديدا
في الدماغ والتوجيه البسيط لهذا الامر المخصوص الذي نحن بصدد

هو انه في جميع الاصابات المرضية البورية التي سبق ذكرها كالسبن
 التكمري للدماغ والتربف والالتهاب الدماغى بجميع اتهاآته يبق
 التغير المرضى قاصرا على دائرة الاعصاب الدماغية ماعدا استثناءات نادرة
 ولا يمتد الى الخدوع العصبية الناشئة من هذا العضو وينعكس ذلك في
 التولدات الجديدة للدماغ فانه يكثر فيها الامتداد من الدماغ الى الاعصاب
 الناشئة منه بل انها في احوال عديدة تنشأ من القفاف الدماغية او قبوة
 الجمجمة ولا يندر انها قبل امتدادها للدماغ تبدد بعض الاعصاب الناشئة
 منه ولذا كرر امر آخرهما في التشخيص بانه عليه ابتداء العلم بحسن وهو ان
 معظم شلل الاعصاب الدماغية الذي ينتج عن تولد مرضى جسيدي سواء كان
 ينبوعه الابتدائى من الدماغ او من عظام الجمجمة ثم امتد الى الدماغ نفسه
 يكون دائريا بخلاف شلل الاعصاب الدماغية الذي يحصل في باقى الاصابات
 المرضية الاخرى للدماغ فيكون ينبوعه مركزيا ومن المعلوم ان حالة
 الاعصاب والعضلات عند تأثير التهييج الكهربائى علامة مميزة للتأكيذ
 بين الشلل المركزى والدائرى ففي الشلل المركزى تنقبض العضلات متى
 اثر احد اقطاب الجهاز الكهر باقى المتقطع على عصب ما بخلافه في الشلل
 الدائرى فان الانقباض لا يحصل وعلى حسب ذلك يجوز القول بانه عند
 وجود اصابة بورية في الدماغ يدل مع التقريب الشلل الحاصل في الاعصاب
 الدماغية سيما متى لم تنقبض العضلات المنشئة عند تهيج اعصابها بواسطة
 التيار الكهر بائى على وجود تولد مرضى جديد

واكثر ما يصاب من الاعصاب الدماغية هو العصب الوجهى
 ثم المحرك المشترك للقلبة والمقرب لها واما شلل الجزء الصغير من النواحي
 الثلاث فيعد من النواذر وهين ذلك يقال بالنسبة لالشل التام للعصب
 تحت اللسان والالياف المحركة من اللسان البلعوى واما الشلل الغير التام
 لتلك الاعصاب الذي يتضح باضطراب المقاطع الصوتية والازداد فكثر
 الحصول والشلل الدائرى للعصب الوجهى الناشئ عن اورام دماغية يسبق
 احيانا بانقباضات تشبعية في عضلات الوجه واما شلل العصب المحرك للقلبة
 الذي يتضح بتقدد الحدة والقرع من الضوء واضطراب حركة المقلبة

أو بازدياد الابصار والحول فإنه يسبق بانقباضات تشنجية في عضلات العين وشلل العصب المبعد للقلة يؤدي متى كان العصب المحرك المشترك لها سليما لازدياد في الابصار وحول. وقرب واغلب المرضى يتشكى قبل ان يحدث تبدد الياف العصب التواحي الثلاث فقد حساسية جهة الوجه المسامحة والملمعة وتجويف الفم والانقباض بالآلام شديدة في جميع الاجزاء المتوزع فيها هذا العصب ولا يندران تسفر تلك الآلام في أثناء فقد الاحساس (وهذا ما يسمى بالخدر المولم) وأما ضعف السمع أو العهم التام الناشئ عن فساد العصب السمعي فيسبق عادة مدة متفاوتة من الزمن بطنين متعب في الاذن وكذا اضطرابات الابصار التي ترتقي الى العمى التام فكثيرة الحصول جسديا في أورام الدماغ لكن لا تحصل في جميع الاحوال بواسطة اصابات لاواسطية في العصب البصري وتصلبه أو امتداده البصري أو الحداث التوامية الاربعة فإنه لا يندران يكون مجلس الورم الدماغى بعيدا عن هذه الاجزاء كباطن النصفين الكريين العظمين أو باطن المخخ مثلاد من الخطأ القول بان الضغط في مثل هذه الاحوال يمتد بواسطة جوهر الدماغ الحائل الى العصب البصري ويضغط عليه فحقا قاعدة الدماغ فيحدث فيه ضمورا والذي يظهر لي مناسفا لحقيقة هذا التوجيه هو الاعتبار الاتي وهو أنه في احوال العمى بواسطة أورام مجلسها باطن النصفين الكريين العظمين أو المخخ ان الاعصاب المحركة للغة التي توجد على حالة مشابهة لحالة العصب البصري لا يحصل في الاعصاب شلل مطلقا وكثير من احوال قصر النظر والكنة في أورام الدماغ تتعلق باحتقانات ورؤية في العين وتغيرات جوهرية تابعة في الشبكية والعصب البصري وتحصل بالكيفية الآتية وهو أن الجيب المحوى بضغط فيحصل عوق في استفراغ الدم من أو ردة العين واما الاورام الكائنة في الحفرتين الخلفيتين من الجمجمة فلا تحدث هذه النتيجة الا متى ادت لحصول انسكابات عظيمة بواسطة الضغط على محل تقعر الوريد العظيم لجلبا نوس في الجيب المستقيم وحيث ان التولدات المرضية الجديدة التي تفسد العصب البصري لا تصيب العصب المحرك للقلة الا نادرا نعتبر أن وجود اضطرابات في حركات الملة اذ قد دعا علامة كيدة في التمييز

بانه عند وجود ورم في الدماغ تكون الكينة متعلقة بفساد في الاسرة البصرية
او اتصال العصب البصري او العصب البصري نفسه او بان كانت ناتجة عن
اضطرابات دورية في القلعة والبحث بالمرآة العينية فديدلنا دلالة مهمة في
هذا الامر وكذا تغيرات العصب البصري التي تظهر بالمرآة العينية
عند حصول فقد الابصار بواسطة اورام دماغية والاستنتاجات التي تؤخذ

منها هي

أولا الاتفاخ العظيم البسيط للحمة البصرية مع تعرج عظيم في الوريد
المركزي الشبكية وهذا يدل على وجود احتقان وريدي احتبامى ناتج عن
عوق استغراق الدم الوريدي وهذا الاحتقان يشاهد بكرة على حالته
البسيطة في احوال الاورام المضيفة لتسع تعبوت الججمة

ثانيا الاتفاخ الانتهاء الخفيف في الحمة البصرية مع احتقان وريدي قليل
الوضوح ودرجة التهاب خفيف في الشبكية وهذا ينشأ عن التهاب في الغمد
العصبي والعصب البصري نفسه وهذا الالتهاب يمتد الى الشبكية (وهذا
ما يسمي بالالتهاب الشبكي الساقط) وبصاحب التغيرات المرضية داخل
الججمة التي هي بحسب صفاتها التشريحية ومجسدها تحدث تغيرات في الاجزاء
المذكورة

ثالثا ظهور العصب البصري وهو يحصل اما حصولا اوليا عقب الإصابة
اللاواسطية للعصب البصري في جهة الورم او من تغير مصافي عندد والحود ذلك
اوانه يحصل حصولا ثانويا ويكون هو الدور الانتهاء للتغيرين السابق
ذكرهما

ثم ان الاضطرابات الحسية الجزئية واضطرابات الحركة التي تحصل في
الاعصاب الدماغية الشوكية عند وجود اورام في هذا العضو لا تتميز عن
غيرها من الاضطرابات التي تصاحب غيرها من الاصابات البورية وهي
عبارة عن آلام عصبية او احساسات غير محدودة بالكلان او التمثل او
الحسdra وهو ذلك او الحسdra التام وتكون اما متحدة في اجزاء بعيدة او
محدودة على دائرة صغيرة وعين ذلك يقال بالنسبة للاعتقالات العضلية
والانقباض العضلي والتشنجات لكن يغلب وجود الفالج اي الشلل النصفي

الجانبى زيادة عن غيره من اشكال الشلل
وعند وجود ظواهر مرضية في دائرة الاعصاب الدماغية الشوكية
والدماغية تكاد تظهر على الدوام الصفة المخصوصة وهو ان بعضها يظهر في
جهة من الجسم والاخرى في الجهة الثانية وهذا التصلب يوجه بالكيفية الاتية
وهي ان كلام الشلل والحسد ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب
الدماغية الشوكية ينتج عن اصابة في الالياف العصبية التي تتصلب بعد
اصابها بخلاف كل من الشلل والحسد ونحو ذلك الحاصل في دائرة الاعصاب
الدماغية فانه ينتج عن فساد في الياف عصبية بعد اتصالها

وكل من حصول ظواهر التهيجات الجزئية والشلل وامتدادها يكون بطيئا
على حسب النمو البطيى لا غلب اورام الدماغ فكثير من المرضى لا يمكنه
الافصاح مع التأكيدهن الزمن الذي ابتداه مرضه وهذا الامر يمكن
الاستعانة به في الحالة الراحنة على بيان التشخيص فانه يمثل هذا السير يمكن
نفي وجود اغلب الاصابات البورية الدماغية لكن لا بد ان تتضح تلك
الظواهر البورية بكيفية فجائية وذلك بشاهد على الخصوص في الاحوال
التي فيها يحصل في الاورام الدماغية الكثيرة الوعية ازيد عظيم في الحجم
عقب امتلاء او عتبات الوعاء التزيف منها اولى الاحوال التي فيها تصاب
الاجزاء المحيطة بالورم بتغيرات النهاية اولين او انزقة شعرية وفي مثل هذه
الاحوال الاخيرة متى طرات ظواهر الشلل بغاة وكان الورم كما ناقيل ذلك
يكاد لا يمكن تجنب الوقوع في الاشتباه بينهما وبين التزيف الدماغى فهناك
أومثلة عديدة فيها تغيب الامر ووقع الاختلاط في التشخيص من الاطباء
الاكثر تمرنا في ذلك لكن ان كان هناك شك قبل وقوع ذلك في وجود
ورم دماغى فلا ينبغى الوقوع في الخطا في حصول مثل هذا العارض فان
اورام الدماغ كثير اما يشاهد لها ادوار ازيد يادى انشاء سيرها

واما نوب التشنجات الصرعية فتكثر مشاهدتها في اورام الدماغ زيادة عن
غيرها من الاصابات البورية لكن من المستغرب غير الواضح وكونها
لا تشاهد الا اذا كان مجلس الورم الدماغى في النصفين الكريين العظمين
سيما بقرب الجوهر القشرى واما الاضطرابات العقلية فانها تنفقد في كثير

من الاحوال في مدة جميع سير المرض فيظهر في الحقيقة ان الوظائف العقلية للدماغ لا تضطرب الا متى كان الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين العظيمين مصابا بتغيرات جوهرية أو باضطرابات دورية ثقيلة والصفة المخصوصة لبعض الاحوال التي تستثنى بالنسبة لسلامة الوظائف العقلية تؤيد حقيقة هذا الرأي بمعنى ان الانحطاط العقلي الذي شرحناه عند الكلام على الحراج الدماغى لا يفقد في الاورام الدماغية الا متى انضم لها اعراض الالتهاب الصغائى الممتد المزمن أو متى كان الجوهر القشري لكلا النصفين الكريين محمل اورام متعددة (كالاورام الخوبصلية الديدانية) أو متى اعتري او عمتها الشعرية انضغاط بواسطة اورام مضيقة لتسع الجمجمة في كلا النصفين الكريين العظيمين او بواسطة انسكابات غزيرة ثانوية في الجيوب الخفية وفي الاحوال النادرة التي فيها الاورام الدماغية تثقب الجمجمة تظهر اعراض واصفة بخلاف الاعراض السابق ذكرها والانتقاب يحصل عادة في العظم الجدارى والصغى وقسم جذر الانف ويندر ان يحصل في القعدوى وفي محل الانتقاب يسقط الشعر ويحمر الجلد ويتكون فيه اوعية دالية كثيرة ويندر تقرح الجلد وانتقابه وبالجملة يحس حول الورم الذى يكون غالباً رخاواً اتحادات بحافة عظمية واضحة وفحرك الورم عند التنفس عرض واصف لكن لا يوجد دائماً وقد يتيسر احياناً رد الورم وعند اجراء هذه التجربة التي بها يضيّق متسع تجويف الجمجمة فجأة ويمتنع هروغ الدم الشريانى نحو الدماغ تظهر عادة نوب فقسد الادراك والتشجات ثم ان هكلامن حالة التغذية والعلة العامة وباقي الوظائف الجسمية غير المتعلقة بالدماغ لا يظهر فيه تغير مدة من الزمن في كثير من الاحوال كما أنه يظهر في أحوال أخرى كان الوظائف العضوية تتم ببطء فكل من ضربات القلب والنبض يكون بطيئاً وتقل سرعة التنفس ويقتل البطن ويقل افسراز البول وبذلك يظهر ان امتلاء الجسم ومنه يزداد بكيفية واضحة وفي أحوال أخرى تطرأ الهوكه بسرعة فتخفف المرضي ويخفف الجلد ويصير قهلا وصاب الاغشية المخاطية سيما اللثة بالاسيلان ثم تظهر الغفيرة الوضعية والانتفاخ الاسفغائى في الساقين والقدمين ثم ان سير

اورام الدماغ يظهر اختلافات عظيمة شرحها مع الايضاح يخرجنا عن
الموضوع بلا طائل والعادة ان يحصل في اعراض اورام الدماغ ثوران ثم
انحطاط ثم يصير مستقرا مع الارتقا والتزايد ومدة هذا المرض تستمر في احوال
الاورام السرطانية مدة أشهر الى سنة وازيد وأما في الاحوال غير السرطانية
فتمتد مدتها جدا أعني جملة سنين

والانتباه الاعتيادي لاورام الدماغ بل الوحيد لها هو الموت وان لم يحصل
بسرعة عقب ظهور مضاعفات أو امراض طارئة أخرى يظهر قبل حصوله
تضايق متعرجة ينفذ الجحمة مع تضاحك تدريجيا فالمرضى تقنع في حالة
كوما عميقة تؤدي الى الموت ومن النادر معرفة مجلس ورم الدماغ وحجمه
مع النشأ كيدلسكن الغالب الحكم على ذلك بالتقريب وعلى مجلسه بان كان
في النصفين السكر بين العظيمين أو الحدية الخفية أو المخيخ أو في قاعدة المخ أو
سطحه المخدب والتشخيص الاكيد بالنسبة لحقيقة مجلس الورم الثابت
بالصفات التشريحية لا ينسب لدقة الطبيب المتخصص له بل لوضوح الحالة
المرضية فان احد اورام قاعدة الدماغ ان نتج عنه فقد وظيفة عدد عظيم من
الاعصاب الدماغية احدها بعد الانزعج على التعاقب مع صيانة الاعصاب
الجاورة امكن أى طبيب عنده بعض المام بتشريح الدماغ معرفة مجلس الورم
وحدوده مع التأكيد تقريبا ومع ذلك فمثل هذه الاحوال التي يرغب
في نشرها بالجرانيل الطبية بعد من النوادر

ولو اردنا ذكر جميع الامور التي ينبغي اعتبارها بالنسبة للوقوف على
حقيقة مجلس الورم خلاف اصابة الاعصاب الدماغية كالا على حدته لطال
علينا الامر فلذا تقتصر على البيان الآتي وهو ان وجود شلل نصفي جانبي
يدل على ان مجلس الورم اما في احد النصفين السكر بين العظيمين (وهو
الغالب) أو في أحد فئدي المخ أو في إحدى جهتي القنطرة أو في احد نصفي
المخيخ فالاورام التي يكون مجلسها أحد النصفين السكر بين يكون الشلل
النصفي الجانبي واضحا عادة بمعنى ان النصف الآخر من الجسم يكون خاليا
بالكلية عن ظواهر الشلل والاورام التي يكون مجلسها أحد فئدي المخ يكاد

يكون فيها داء انما مع شلل نصف الجسم المقابل لشلل في العصب المحرك للقلعة في
 الجهة التي يكون فيها الورم مسامتا والاورام التي يكون مجلسها أحد جهتي
 القنطرة يوجد فيها بحوار الشلل النصفى الجانبي وقد لا احساس النصفى
 الجانبي أيضا في الجهة المقابلة لشلل وضعف احساس في العصب الوجهى
 للجهة المسامتا لمجلس الوزم والاورام التي يكون مجلسها المنحني لا يوجد فيها
 الشلل النصفى الجانبي على الدوام كما تقدم وان وجد لا يكون واضحا بل
 ممتدا الى الجهة الاخرى من الجسم بدرجة خفيفة لاسيما الى عضلات العود
 الفقرى وضعف حركة العضلات المنوطة بتقوس العمود الفقرى واستقامته
 وحركاته الجانبية يظهر ابتداء على شكل مخصوص من الدوار كما بيناه فيما
 تقدم مع الوضوح وعلى شكل اهتزاز في الجذع عند المشي وتعود ثم فيما بعد
 يظهر على شكل عدم صلاحية في الجسم بحيث ان المرضى تسقط وهى جالسة ولا
 يكون لها قدرة على تحريك جسمها ما لم تكن مسندة من تحت الابطين وأما
 الشلل المزدوج فانه يشاهد في الاورام التي يكون مجلسها النصفين الكريين
 معا والتي يكون مجلسها الاجزاء المتوسطة من القنطرة واورام النخاع
 المستطيل وقد ذكرنا فيما تقدم عند شرح كل عرض على حدته ان التشنجات
 الصرعية تدل مع التقرىب على ان مجلس الورم بقرب الجوهر القشرى من
 النصفين الكريين العظيمين وان الاكلام القمعية تدل على ان مجلس
 الورم في الحفرتين الخلفيتين من الجمجمة وان اضطراب الوظائف العقلية يدل
 اما على وجود جملة أورام في الجوهر القشرى لكلا النصفين الكريين العظيمين
 أو على وجود التهاب مهادى او استسقاء ماعى تابعى ويظهر لى أنه لم يعتن الى
 الان الا قليل بانه في احوال الاورام المضيقة لتسع تجويف الجمجمة السكائنة
 في الحفرة الخلفية للجمجمة السرى تعوق استفراغ الدم من الجيوب المخية
 وتؤدي لانسكاب غزير ان الادراك الذى يكون سليما في الابتداء يكاد
 يضطرب على الدوام في الادوار الاخيرة اضطرابا عظيما ومع هذه
 الاعتبار القوية للامور السابق ذكرها لا بد من الوقوع في الخطا بكثرة
 ولذا كان من الجيد ان المؤلفين المشتغلين بفننا هذا كل الاشغال بشهرون
 تشخيصهم الخطا كما يشهرون تشخيصهم المصيب وبذلك فقط يمكن

الارتكان الى الحكم على درجة قوة الوسايط المتخصصة لاورام الدماغ
وتحديد مجلسها

ثم ان العادة المنتشرة في تسمية كل من الاشكال المختلفة من التولدات
الجديدة وانوريزما شرابين الدماغ بل والتولدات الطفيلية السابجة فيه
باورام الدماغ سببها الوحيد هو ان الاحوال التي فيها تعرف مع التأكيد
طبيعة الورم مدة الحياة فانه ان ظهرت اعراض ورم دماغى في شخص
ثبت عنده وجود اورام سرطانسة أو درن أو انوريزما أو تولدات طفيلية
في اعضاء اخرى جاز الظن بان ورم الدماغ من نفس طبيعة الاورام الموجودة
لكن بقطع النظر عن وجود درن دماغى عند الاشخاص المصابين بالسل
واورام زهرية دماغية عند الاشخاص المعتر بهم اورام زهرية في اعضاء
اخرى فان هذا الارتكان في التشخيص يفقد في معظم الاحوال فان سرطان
الدماغ يكون في الغالب مرضا اوليا قائما بنفسه وانوريزما شرابين الدماغ
يكون غالبا هو الوحيد في الجسم وسبب الديدان الحويصلية والا يكتنوكوكية
يكون في الغالب قاصر اعلى المخ

وقد يرتكن في الحكم على طبيعة الورم الى سن المرضى فان الاطفال يوجد
عندهم الدرن وأما الكهول سيما الشبان فتوجد عندهم التولدات الجديدة
الجيدة سيما السركوم (أى الورم اللحمى) والجيليوم (أى الورم القدوى)
وعند الشيوخ يكثر وجود السرطانات

المعالجة

كما أنه لا يمكن بواسطة الجية القاسية جدا واستعمال المركبات اليودية
والزنيكية وغيرها من الجواهر الدوائية القوية التأثير تحليل الاورام
السرطانية والحمية وغيرها من التولدات الجديدة المرضية في اعضاء اخرى
فكذلك لا تتم هذه الطرق العلاجية في اورام الدماغ فانها تمسح في الانتهاء
المحزن بدلا عن تأخيرها وانما حيث دلت التجارب الجديدة على ان بعض
التولدات الجديدة يمكن تصغير حجمها بواسطة الحقن بالزرنيج في الورم فمن
الجايز استعمال هذا الجوهر من الباطن او الحقن تحت الجلد فعلاجة الاورام
الدماغية لا تكون حينئذ الانسكينية او مرضية ولا ينبغي استعمال الوسايط

العلاجية التي تتعب منها المرضى مثل الخزام في القفا وفتح الحصة ونحو ذلك فانها لا فائدة فيها من الجيد فقط الاجتهاد في صون المريض بأى طريقة كانت من الاحتقانات المخية التي بواسطتها كثير مما تفتح الاورام الدماغية وتحتقن فينتج عنها عوارض خطيرة مع ترتيب التدبير الغذائى الجيد واحداث تبرؤ منتظم ونحو ذلك والنوب السكتية والعوارض الالتهابية تعالج على حسب القواعد التي بينها هاهنا تقدم بواسطة الاستفرغات الدموية العامة والموضعية والمكمدات الجلدية على الراس ونحو ذلك وعند وجود آلام شديدة في الراس تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية والمكمدات الباردة على الراس والمصرفات على القفا وان لم تثمر هذه الوسائط وجب استعمال المكمدات بقوة وعلى الخصوص يعطى المرضى مقادير صغيرة من المورفين او الحقن تحت الجلد به وانما متى ظن بان المريض معتريه وورم زهرى دماغى وجب بدلا عن المعالجة العرضية استعمال معالجة مضادة للداء الزهرى قوية وليس من الجيد في الطب العملى تأخير تلك المعالجة او تركها ولولم يتحقق من الطبيعة الزهرية للمرض فقد دلت التجارب على ان التغيرات الجوهرية الزهرية ولوالثقله قابله للشفاء واما معالجة الاورام السرطانية او الالحمية فليس فيها ادى ثمرة ولذا لا نخشى شيئا من المعالجة فضلا عن ثمرتها العظمى عند الظن بوجود ورم زهرى دماغى عند المريض فتجربى المعالجة المضادة للداء الزهرى بواسطة المركبات الزئبقية ابتداء ثم المركبات اليودية فيما بعد كائن التشخيص اكيد

(المبحث الرابع عشر)

فى الانسكاب المصلى ليجيوف الجمجمة المتعظم
(المعروف بالاسنسقاء الدماغى العارضى)

قد ذكرنا فيما تقدم شكلا من الاستسقاء الدماغى العارضى وهو الذى يصاحب على الدوام، التهاب المصلى القاعدى وستكلم فى المبحث الاخير عن الكلام على الاستسقاء الدماغى الحلقى على الانسكاب الدماغى الذى يحصل بعد الولادة بزمان قليل مثل انسداد التداريز واستكمال تعظم الجمجمة ولا تعرض فى هذا المبحث حينئذ الاشكال الانسكابات

المصلية التي تحصل في الجمجمة بدون التهاب مصلائي قاعدي

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

يندران يشاهد هذا الانسكاب المصلي داخل تجويف العنكبوتية وان حصل فلا يصل الى درجة عظيمة مطلقا والغالب ان يشاهد هذا الانسكاب في المسافات تحت العنكبوتية أو يشاهد اوديميا جواهر المخ وانسكابات مصلية في جيوبه وهذا الشكل يسمى بالاستسقاء الدماغى الباطنى تمييزا له عن الشكل الاول المسمى بالاستسقاء الدماغى الظاهرى ثم ان الانسكابات المصلية الدماغية اما ان تكون ناشئة عن ازدياد في الضغط الجانبي للاوعية او عن تناقص في كمية المادة الزلائية المحتوى عليهم اسائل الدم او عن اضطراب في الوظائف الغذائية لجدر الاوعية بحيث يسهل نفوذ سائل الدم منها والاستسقاء الدماغى العارضى الذي يكون من جملة ظواهر الاستسقاء الهوى سواء كان هذا الاخير متعلقا باضطراب في الدورة او بتغير في صفات الدم (كما في داء بركت) لا يصل لدرجة عظيمة الا في احوال استثنائية ولو انه يشاهد احبانا موت فجائى مدة سير بعض الامراض الناشئة منها بالاستسقاء الهوى وينسب ذلك لانسكاب قليل في الجيوب الخفية وحالة اوديميا وعظيمة في المخ وكثيرا ما تحدث اورام الدماغ وغيرها من التغيرات المرضية للحفرة الخلفية من الجمجمة درجة عظيمة جدا من الاستسقاء الدماغى اما بعض غلظها على اوردة جليانوس العظيمة او الجيوب المستقيمة فتعوق استفرغ الدم منها واما الاستسقاء الدماغى الناشئ عن اضطراب غذائى في جدر الاوعية فكثيرا ما يكون من ضامسة لا ويمائل حينئذ بعض التغيرات الالتهابية التي تحصل في غير المخ من الاعضاء يشابه بعض الالتهابات الجلدية المصنوب بـ ~~بـ~~ تكوين قناعات مصلية عظيمة وهذا الشكل من الاستسقاء الدماغى اكثر ما يشاهد في الاطفال وان شوهد في غير هذا السن فلا بد وان يكون موجودا في سن الطفولية ويؤيد ذلك ما شاهدته المعلوم فانه وجد عند البحث حسن سائل الاستسقاء الدماغى المزمن انه مختلف في التركيب ومحتو على كثير من المواد الزلائية زيادة عن السائل الدماغى الشوكى الطبيعى وهناك شكل آخر من الاستسقاء

الدماغى الفراغى الذى يلزم على الدوام كل تناقص فى حجم المخ سواء كان هذا التناقص عوميا كما يحصل عند التقدم فى السن (ويسمى بالاستسقاء الدماغى الشيوخى) او كما يحصل عقب ظهور المخ ظهورا جزئيا
 ﴿الصفات النشربجية﴾

السائل المجموع فى الكبد من العنكبوتى لا يمكن تعيين كميته غالباً فإنه يختلط على الدوام هندزج المخ من الجمجمة بالسائل الاق من المسافات تحت العنكبوتية لكنه لا يصل كما ذكرنا الى كمية عظيمة مطلقا
 واما السائل المتسكب فى المسافات تحت العنكبوتية فتارة يكون منتشر ا بامتواء على سطح المخ وتارة بغير استواء وفى الحالة الاخيرة تكون العنكبوتية ا كياسا متفرقة بمئاته بمادة مصلية واما اوديم المخ فتتضخ فى احواله الخفيفة باللون اللامع الرطب فى سطح الشق وبتناقص فى تماسك جواهر المخ بعد بعض زمن وفى الاحوال الشديدة للاوديم المخية يكون تماسك المخ مسترخيا وبالضغط على جزء منه يتجمع فيه عما قليل جزء من السائل وعند ارتفاع درجة الاوديم جدا يتغير جوهر المخ بسبب الاوديم او يستحيل الى عجينة رقيقة مبيضة (وهذا ما يسمى باللين الاستسقاى للمخ)

واما فى احوال الاستسقاء الدماغى الحاد الباطنى فيندران تزداد كمية السائل المجموع فى الجيوب المخية عن نصف اوقية الى اوقية ويكون اما صافيا او متعكرا بسبب اختلاطه ببعض اخلاية بشرية او دنف او تعقدات او بقايا بعض اجزا المخ المنفردة ويكون كل من جدر الجيوب المخية سيما الحاجز المتوسط والصفائر المشيمية فى حالة لين استسقاى وفى احوال الاستسقاء الدماغى الباطنى المزمن تكون الجيوب المخية متعددة تمسدا عظيما وكمية السائل المجموع فيها من ١ الى اواق الى ١٢ وسطح الجيوب المخية الباطنى متكاثفا ومغطى بطبقة جيبية رقيقة وكذا جواهر المخ المحيط بها يكون متكاثفا ذا مقاومة

﴿الاهراض والسير﴾

من المعلوم انه بواسطة الانسكابات المصلية فى الجمجمة يتضائق متسعها كما يتضائق بواسطة الانسكابات الدموية او المتحصلات الالتهابية وقد ذكرنا انه من النتائج الضرورية لتضائق متسع تجويف الجمجمة عوق وصول الدم

الشرى إلى هذا القبول وان الاعراض الملازمة للانيميا الشريانية
الخفية التي تحصل فجأة هي نوب فقد الادراك والتشنجات وان اعراض
الانيميا الشريانية الدماغية التي تحصل بالتدريج هي ظواهر التهييج العام
او الخمود والوظائف الخفية وان اعتبرنا مع ذلك ان اجزاء المخ المجاورة لجيوبه
تلين في احوال الاستسقاء الدماغى الحاد وتفسد وتضر في احوال الاستسقاء
الدماغى المزمن امكنا وصف الصورة المرضية المطابقة للاستسقاء الدماغى
الحاد والمزمن

اما الانسكابات المصلية العظمية التي تحصل فجأة في المخ وفي جيوبه فينتج عنها
مجموع اعراض يعبر عنها بالسكتة المصلية بسبب مشابقتها للنوبة السكتية
التي تنتج عن الانسكاب الدموى ولا حاجة لان نذكر طبقة الما تقدم ان تميز
السكتة المصلية عن السكتة الدموية غير ممكن في كثير من الاحوال وانه في
الاحوال التي فيها يمكن فعل التشخيص التمييزي يرتكن فيها الى اعتبار
الامور السببية التي ترجع القول باحد المرضين ونفى الآخر

ثم ان الاستسقاء الدماغى الحاد عند الاطفال له سير مشابه لسير الاحتقانات
الخفية الشديدة والدور الاول من الالتهاب السحائى الحاد فان نوب التشنجات
الشديدة المعصوبة بفقد الادراك هي الظواهر الواصفة الكثيرة
الحصول له فان تكررت هذه النوب مرارا كثيرة واستمرت نوبها جاز الظن
بان الاحتقان ادى لنضج عظيم في الجيوب الخفية ويخشى ان هذا النضج
لا يمتص بالكلية ولا يمتص منه الا القليل فيتخلف عن ذلك استسقاء دماغى
مزمن

واما اعراض الاستسقاء الدماغى المزمن فاما ان تعقب اعراض الاستسقاء
الدماغى الحاد او انها تحصل تدريجيا ببطء من اول الامر وهي عبارة عن
الم الراس والدوار وضعف الحواس سيما الابصار وضعف عمومى في القوى
العضلية او شلل غير تام بها يسبقه مشى اهتزازى وارتعاش في الاطراف ومن
الظواهر الملازمة لهذا المرض اضطرابات العقل سيما ضعفه الذي يؤدي
لحصول البسلة وينضم لذلك عند بعض المرضى نوب تشنجات وقي احيانا
والنبض عنده هؤلاء المرضى يكون بطيئا وتبرد اجسامهم بسهولة ويكون

عندهم أحيانا شراعية عظيمة لئلا كل وهيئة وجوهها منتفخة قايلا وتظهر
أوعية دوائية في الوجنتين ومن الواضح أنه لا يجوز تخصيص الاستسقاء
الدماغي الحاد بالأعراض المرضية المذكورة إلا بعد نفي باقي أمراض الدماغ
التي لها مشابهة بهذا المرض ولذا لا يكون تشخيصه مع غاية التأكيدي إلا
نادرا وسير هذا المرض بطيء للغاية وأن لم يحصل الموت عقب أعراض
طارئة أخرى حصل فيها بعد بمرحلة عقب ازدياد كمية النضج ازدياداً سريعاً
أو تدريجياً وفي مثل هذه الأحوال يسبق الموت بحالة سبات تستمر جملة أيام

﴿ المعالجة ﴾

معالجة الاستسقاء الدماغي الحاد هي عين معالجة الاحتقان الدماغي الحاد
والالتهاب المصائي الحاد أيضاً وكثيراً ما تكون العلاجات نجاحاً في الاستسقاء
الدماغي المزمن هي الحمامات الباردة أو التشنج مع القادي زمنا طويلا

﴿ البحث الخامس عشر ﴾

(في الانسكابات المصلية تقويم الجمجمة غير المخلقة أي التي لم تتعظم)
(بواقعها المعروف بالاستسقاء الدماغي الخلقى)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

من القريب للعقل جدا أن الاستسقاء الدماغي الخلقى ينتج عن التهاب في
جدار الجيوب المخية يقطع سيره مدة الحياة الجنينية واسباب هذا المرض
مجهولة بالكيفية فإن هناك نساء يضعن جملة مراراً طفلاً مصابة بالاستسقاء
الدماغي بدون معرفة اسباب ذلك

﴿ الصفات التشريحية ﴾

كبة السائل المنسكبة في تجاويف المخ في الاستسقاء الدماغي الخلقى تكون
أحيانا قليلة جدا وأحيانا تصل إلى كمية عظيمة من ستة ارطال إلى عشرة
وهذا السائل المصلي يكون صافيا شفافا وفي مثل هذه الأحوال تكون
الجيوب المخية مستجيبة إلى الكياس ذات جدر سمكية وجوهر المخ في محيطها
يكون مسترقا ضامرا ومكونا الطبقة سمكها يكاد لا يكون أزيد من خط
والاجسام المضلعة والامرة البصرية تكون منضغطة مفرطة ومتباعدة
عن بعضها والحديدات النوامية الاربعة مفرطة أيضا والحواجز الجيبية

مسترقوا الحجاز المتوسط بين الجيوب يكون منثقباً أحياناً وكذا قاع الجيب الثالث يكون مسترقاً مندفعا وكل من القنطرة الخيشية والخيش بالظر فيه من الاعلى يوجد مقر طحا منضغطا

وفي احوال الانسكابات القليلة تكون الجمجمة حافظة لشكلها وأما في احوال الانسكابات العظيمة فتتعدد عدد اعظيما والعادة ان يكون الراس عظيم الحجم عند الولادة لكن يزول واعظيما بعدها بحيث يباغ محيطه قدمين وفي مثل هذه الاحوال تكون عظام الجمجمة سيما الجبهى والحدارين مقددة تتعدد اعظيما ومستقرة واليواقيع تكون عريضة وتبرز الجمجمة الى الامام والسطح العلوى للججاجين يندفع الى الاسفل فتصير قصة الججاجين شبه شق رفيع مستعرض وكل من الجزء القشرى للعظم الصدقى والقحف دوى يكتسب اتجاهها أفقيا والتعظم الذى يتأخر حصوله فى مثل هذه الاحوال ان تم يكون بواسطة اصفار متعظمة فى الاجزاء الغشائية السكائنة بين العظام أو بتكوين عظام متداخلة بين عظام الجمجمة وقبوتها التى كانت قبل التعظم رقيقة تصير فيما بعد سميكة جدا والجمجمة فى مثل هذه الاحوال تحفظ شكلا غير منتظم أو شيما بكرة

في الاعراض والسير

كثير من الاطفال التى تولد مصابة بالاستسقاء الساعى الخلقى تملك حال الوضع او بعده بقليل وغيرهم من الاطفال قد لا تشاهد فيه مظاهر مرضية فى الاسابيع الاولى من الحياة متى كان تجويف الجمجمة غير عظيم ويوجه ذلك بصعوبة الحكم على الوظائف العقلية فى هذا السن وبمرونة العظام الجمجمية وتعدد هاتى اندر يحيى وأما اذا حصل انسكاب عظيم فى الجمجمة المنغلقة فلا بد وان تتمنع الاعراض الثقيلة لهذا المرض

والعادة ان تكون الظاهرة الوحيدة فى السنة الاولى من الحياة عظم الراس وازد ياد حجمه ازدياد اندر يحيى مع صعوبة حفظه على حالة استقامة وان فقدت زايدهم الجمجمة أو كان غير عظيم بحيث لا يدرك فى هذا المرض على الاطباء فى السنة الاولى بتمامها والامهات وان تجهن بعدمضى ثلاثة ارباع السنة الاولى أو أكثر من بقاء الطفل فى حالة نخود وليس عنده

نشاط واجتهاد للمشي والتسكك وظن ان ذلك ناتج عن بطء نمو الطفل ونحوه
 فلا يستشرون الطبيب ولو امتد عمره كان ذلك من قبيل تسكين روعه من لكر
 بعد هذه المدة تنغير حالة الطفل وتنضج فيفرغ من اقل شيء أو يثن ويصبح
 بادنى سبب وتكتسب بهيئة بشعة المنظر ويكثر اختلاج اطرافه
 ولا يعود ادراكه مثل باقى الاطفال التى فى سنه بحيث يوجه الاشياء التى
 لم توجهها الاطفال الذين بلغوا هذا السن الى قه ولا يلتفت لشي مما يقرب له
 بل يصير مضطربا وهيئة وجهه لا تدل على التنبيه لما حوله وكثيرا ما يسيل
 اللعاب من فمه المنفتح نصف انفتاح وبهذه الكيفية يزداد انضاح حالة
 الطفل ويقعق من تعقلاته وعدمها وكثير من هؤلاء الاطفال لا يمكنهم تعلم
 اشي وان اجتهدوا فى ذلك تتصالب الخفاذهم على بعضها ويصير مشيهم
 باهتزاز ويقعون بسهولة ولا يمكنهم التخطى والعادة ان لا يوجد اضطراب فى
 اعضاء الحواس واروجد ثقل ظاهرى فى السمع فحقى بالبحث مع التدقيق
 انه نتيجة عدم الالتفات واماحاسة الذوق والشم فلا يمكن الحكم عليها
 عند مثل هؤلاء الاطفال الذين يمتريهم على الدوام حالة شره واماحاسة
 الابصار فالعادة ان تبقى سليمة لكن كثير اياهم يوجد عندهم حول أو عمود
 فى الحذقتين

وفى الاحوال التى فيها يعظم حجم الرأس بسرعة ويزداد تسهل معرفة هذا
 المرض من الابتداء ولوان الاعراض التى ذكرناها تكون عادة اقل وضوحا
 من الاحوال التى فيها يكون عظم حجم الرأس قليلا أو مفقودا فان كلا من
 صغر الجسم والسهولة الشبخوخية التى لا تطابق عظم حجم الجمجمة يكون
 معه زاوية حادة منتبهة بالذقن وعمود الاوردة المنتشرة فى جلد الجمجمة
 والجدارين والشعر الرفيع المغطى للرأس العريض وتقوس اطراف تقوسا
 راسخا ميا وضعف النمو وعدم قدرة الطفل على موازنة الرأس وسقوطه الى
 جميع الاتجاهات يصف هذا المرض وصفا واضحا محزنا بالكلية

ثم ان سير هذا المرض بقطع النظر عن نوب التشخيصات الكثيرة المشاهدة فيه
 يكون اما منتظما آخذا فى التزايد على الدوام بحيث ترتقى اعراضه ارتقاء
 تدريجيا الى الموت عقب انضاح اعراض الشلل أو يكون غير منتظم بحيث

تتشاكل الاعراض احبانا وتفسر احبانا اخرى بل قد يحصل نوع وقوف وقفي ولا يندران هذا المرض بعد ارتقائه الى درجة معلومة ينحط ويقف سيره بل قد يزول جزء عظيم من اعراضه لكن لا يكون هذا الزوال تاما بحيث تعود حالة الطفل الى الصحة الشامة مطلقا بل الغالب ان يبقى عنده نوع ضعف في القوى العقلية

والانتهاء الاكثر حصولا لهذا المرض هو الموت وكثيرا ما يطرأ هذا الانتهاء المحزن في السنة الاولى من الحياة اما نتيجة المرض نفسه او التشنجات الناشئة عنه التي تعقبها لكوما وبمضاعفات أخرى تطرأ على الطفل ويتناقص متع تجويف الجمجمة يكون خطره اعظم في الاحوال التي فيها تكون البوافج مغلفة عن الاحوال المضادة لذلك فحياة الطفل تكون أكثر تهددا متى كان حجم الراس طبيعيا تقر يباعن الاحوال التي فيها تكون الجمجمة ممتدة تمدد اعظما ومن النادر ان يحصل الموت عقب تمزق الجيوب المخية تمزقا ذاتيا او عقب الصدمات الشديدة على الراس ويندران فجواز الاطفال المصابة بهذا المرض سن البلوغ وتجاوزها لهذا السن والوصول الى سن الكهولة يعد من النواذر الغريبة جدا

المعالجة

جميع الوسائط المساعدة على الامتناع كالمدرات البولية والمسهلات الشديدة والمركبات اليودية والزئبق الحلو والمرهم الزئبقي ليس لها أدنى تأثير في الاستسقاء الدماغي الخلقى وانما هو مهدد منها بعض نجاح وشفاء في الاحوال المتقدمة من هذا المرض وكذا الضغط على الجمجمة المتمددة تمدد اعظما بواسطة أشربة من المنعم شبهة القلنسوة الابرة اطية لبس خاليا عن الخطر ونجاحه قليل وان فعل يكون مع غاية الاحتراس والتتبع التي تحصلنا عليها الى وقتنا هذا بزل الجمجمة من البوافج واستفراغ السائل المصلي لا تشبعنا على فعل هذه العملية فان أكثر المرضى هلك بعد البزل الاول وتكراره ولذا ينبغي قصر فعل هذه العملية على الاحوال التي فيها يكون نمو الراس عظيم ماجدا وأخذ في الازدياد على الدوام مع كون الطفل لم يزل حافظا للصحة جيدة في الظاهر وفي الغالب نفتصر في معالجته كل

من الاستسقاء الدماغي الخلقى والعارضى على استعمال معالجة عرضية والاجتهاد في منع الاطفال المرضى من التعرض للاسباب المضرّة فيؤمّر لهم زيادة عن الاغذية الجيدة بالاقامة في الخلاوات الجيدة الهواء مع معالجة داء الخنزير والراشتم والانبعاث على حسب القواعد المعتادة

*) البحث السادس عشر *

في ضمامة الدماغ

*) كيفية الظهور والاسباب *

حيث كان لا يحصل في المرض المسمى بضمامة الدماغ فتوفي اجزائه العصبية الاصلية أهني في اليافه واخلطته العصبية بل الذي يحصل هو غنى المنسوج الرقيق الضام لهذه الاجزاء العصبية كان تسمية هذا المرض بالضمامة الدماغية غير موافق لكن يكفي مجرد التنويه في ذلك ليحترز من الوقوع في الخطاء وحفظ هذه التسمية وليس من المحقق كون غموض هذا المنسوج الرقيق ناتجا عن احتقانات مسفرة أو متكررة أو عن أسباب أخرى

ثم ان ضمامة الدماغ قد تكون خلقية خصوصا في أحوال النمو والتوأمي والغالب ان يكون حصولها عقب الولادة فهذا المرض حينئذ خاص بسن الطفولية وكما تقدم التخصيص في السن كان حصوله نادرا وضمامة الدماغ العارضية اى التي تحصل عقب الولادة تكون مصحوبة بمحالة راشتمية وتنقص في غموض الغدة التيموسية وضمامة في العقد الليفية (كما قاله روكسكي) وبعدها من الاسباب المقتمة لهذا المرض التنبهات العقلية المتكررة والافراط من المشروبات الروحية أو السمات الرصاصية لكن بغير حق

*) (الصفات التشريحية) *

يكون الدماغ خصوصا الخ في هذا المرض أعظم حجما وثقلان الحالة الطبيعية وعند فعل الصفات التشريحية ونشر عظام الجمجمة يبرز جوهر هذا العضو رزوا عظيما بحيث لا يمكن عوده الى محله و يظهر ان تجويف الجمجمة لا يسعه والبصايا تكون مسترة فخالية من الدم ولا يوجد في المسافات تحت العنكبوتية أثر من السائل والتعاريج المخيصة السكاثة على سطح النصفين الكرويين توجد مفرطة ومتقاربة من بعضها والميازيب السكاثة

بينها تسكاد لا تدرك والمركز الدماغى نفسه يكون ذا قطر عظيم والجيوب
الخفية تكون ضيقة وجوهر المخ يظهر عند شقه كالمها يا غالبا هن الدم
وكل من قماشه ومو وتته يرى متزايدا

ثم انه اذا حصلت التضامة الخفية قبل ان يتم انغلاق الجمجمة ازداد قطر
تجويفها كما يشاهد ذلك فى الاستسقاء الدماغى الخلقى

وأما اذا حصل هذا التغير بعد انسداد التداريز فانه يحصل غالباً بالى العظام
الجمجمية امتصاص ورقة وقدت الصفيفة الباطنة للعظام الجمجمية
ملاستها ومن النادر ان يحصل عقب النمو السريع لهذا المرض انفتاح
واسترخاء فى التداريز الجمجمية عقب انسدادها

الاعراض والسير

من الواضح ان تضامة الدماغ تؤثر على الدورة الدموية فى باطن الجمجمة
كغيرها من ازدياد معدل الجمجمة بمعنى انها تحدث عوقا فى وصول الدم
الى الدماغ واستفراغه من أوعية ولذا كان هذا المرض مصحوبا بآثاره
بظواهر تخرج عنده وتارة بظواهر شلل وكذا من الواضح أيضا ان هذه
الاعراض كثيرا ما تفقد أو تشاهد بدرجة قليلة جدا مادامت التداريز
الجمجمية غير منسدة وعظام الجمجمة متسعة تبعا لازدياد حجم المخ ومن
المهم فى التمييز بين الاطفال المصابين بتضامة فى الدماغ والاطفال الذين
يعتريهم عظم فى حجم الجمجمة ناتج عن الاستسقاء الدماغى الخلقى ان الاولين
المصابين بالتضامة يكون عقولهم ناميا جدا بالنسبة لاجسامهم بحيث يلوح
عليهم كثرة الذكاء والفتنة بخلاف الآخرين وهذا أعظم ما يرتكن
اليه فى التمييز بين هذين النوعين ثم ان الظواهر المشاهدة الكثيرة
فى هذا المرض خصوصاً متى كان غموا الجمجمة غير عظيم أو غير تابع لتدد
المخ هي نوب التشنجات الصرعية ويظهر ان حصول هذه النوب وطورها
متى أثر أى سبب يزيد فى الانبعاث الخفية التى توجد على الدوام فى مثل هذه
الاحوال بحيث انه يمتد تأثير هذا السبب الفجائى الوقتى فترتقى الانبعاث
الخفية الى درجة عظيمة جدا وأقل من ذلك مشاهدة ووصفا للتضامة الخفية
آلام الرأس والدوار والفرع من الضوء وثوران الحساسية العامة وتتهيج

القوى العقلية والقيز منافرنا وهذه ظواهر يعقبها عند تقدم سير هذا المرض ضعف في الحساسية العامة والانتقاضات العضلية وجود في القوى العقلية وميل مسفر للنوم فهذا المرض لا يمكن تشخيصه مع درجة ما من التأكيد الا في الاحوال التي تكون فيها الجمجمة عظيمة جدا مع التمكن من نفث وجود استسقاء دماغي في معظم الاحوال لا يمكن تشخيص هذا المرض ولو مع التقر يب وسير التضخمة الدماغية من على الدوام ومن المشكوك فيه انتهاءها بالسفاهة أحيانا والموت يحصل اما بتقدم هذا المرض نفسه لكن ليس بارتقاء الشلل العمومي ارتقاء تدريجيا بل في أثناء نوبة من نوب التشنجات الصرعية أو مضاعفته بانسكابات دموية سكونية أو بتغيرات النهاية مصحوبة بنمض ومن الواضح شدة خطر هذين المضاعفتين عند مثل هؤلاء المرضى ولو كانت بدرجة قليلة جدا

المعالجة

لا يتأتى الشكاف على معالجة التضخمة المخية فانه وان عرف المرض وامكن تشخيصه فليس عندنا جواهر دوائية تزيد التغير المرضي الذي نحن بصدده أو توقف سيره وانما يمكن مقاومة الداء الاصل كالراكشيسم أو داء الحنازير اما بواسطة يودور الباتسيوم او يودور الحديد أو اما معالجة المضاعفة كالتشنجات فتكون على حسب القواعد العامة

المبحث السابع عشر

في ضمور الدماغ

(كيفية الظهور والاسباب)

لا ينبغي اطلاق لفظ ضمور الدماغ على كل تناقص في حجم هذا العضو سيما ما كان منه ناشئا عن فساد وتعتك في جوهره العصبي وتسكون منسوج ندي قابل للانتقاضات في محل الجزء المفسدان ضمور الدماغ في الحقيقة عبارة عن تناقص في عدد أجزاء جوهره العصبي بدون ان يسبق ذلك بفساد أو تعتك ومن الجيد ان يميز ضمور هذا العضو شكلان الاول عبارة عن نمو غير تام فيه المسمى بالاجنيزيا الدماغية والثاني عبارة عن تقهقر نمو هذا العضو أي اضمحلال اجزائه التي كانت تامة النمو

ولا تتعرض هنا لاجنيزيا الدماغية التي فيها يكون غوه هذا العضو غير تام بحيث يوجد حالة به تام ادخاله فيها لا يمكن استقرار الحياة وانما ذكر هنا فقط ظهور احدى جهتي الدماغ الذي هو شكل غير نادر للحصول وببديئ تكونه اما مدة الحياة الجنينية اربعة اولا دون فيه لا تحفظ الحياة فقط بل فيه تنمو القوة العقلية احسانا الى درجة ما

ثم ان اسباب الضور الدماغى الجسائى المذكور مجهولة علينا والظاهر ان هذا الشكل يتعلق بحالة التهاية في الدماغ او القهايا او الجمعية مدة الحياة الرجعية

واما ظهور الدماغ الذى يحصل عقب تمام غوه فيكون اما حالة مرضية اولية تعتربه او تصاحب امراض اخرى لهذا العضو بمعنى انه يكون حالة مرضية ثانوية فمن نوع الضور الاول للدماغ بعد اولا شكل الضور الذى هو ظاهرة من ظواهر الضور الشخوصى العموى وكان التغيرات الشخوصية المختلفة يختلف ارتقاؤها في الشدة عند الاثصاص المتقدم في السن فكذلك توجد شيوخ لا يشاهد عندهم ادنى اثر من ظهور الدماغ كما انه توجد شيوخ اخرى اقل تقدم في السن يرتقى عندهم هذا الضور الى درجة عظيمة وينضم لذلك الضور الذى يحصل في اثناء سير الامراض المنفكة في كثير من الاحوال يقن بوجود صبر وجلادة عقلية عند قرب الانتهاء المحزن لبعض الامراض المزمنة جدا وماذا في الحقيقة الانماج عن ظهور في الدماغ وضعف في الحساسية والتعقل تبع لذلك واما الضور التابى فينشأ غالبا عن تغيرات مرضية موضعية في الدماغ وقد ذكرنا انه كثير اما بعقب السكتات المخية بعد انتهاء سيرها والتكرز اوضعى للدماغ وانها بانه موضعية ويظهر ان شكل البله المعصوب بشلل متعلق بظهور في الدماغ نائى عن تغيرات التهاية مرضية في المعجايا او في الجوهر القشرى لهذا العضو

وفي احوال اخرى قد يكون هذا الضور التابى نتيجة ضغط مستمر على جوهر الدماغ ومن هذا القبيل تناقص كتلة الدماغ التدريجى وظهورها الناتج عن اورام الدماغ واستسقاؤه ويظهر كذلك ان ظهور الدماغ المصاحب للالتهاب السحائى ينتج عن الضغط الذى يعترى هذا العضو من النضج

الاتهابى المتراكم فى المسافات تحت العنكبوتية وبالجملة قلند كرهنا ان
جروح بعض الاعصاب الدائرية وتعتكها بعقبها احيانا ظهور تابى فى
بورنها المركزية

في الصفات التشريحية

الضمور النصفى للدماغ أكثر ما يصيب الجهة اليمنى من هذا
العضو وفيها يعم تارة جيبع النصف الكرى وتارة يكون قاصرا على بعض
اجزائه وفى الدرجة العظيمة لهذا المرض يكون جوهر المخ السكاث بين جيبويه
وسطحه المحذب ضامرا مسترقا على شكل طبقة رقيقة ممكها بعض خطوط
والتعرجات المخية تكاد لا تدرك أو انها تكون كثيرة العرض والنسك وكذا
العقد الدماغية العظيمة تكون ضامرة ومن هنا يجتد الضمور بواسطة احد
الخاذا المخ الى الاحبلية المسامته له من الضاع المستطيل والجوهر الدماغى
الضامر تكون مقاومته غالبة متزايدة ولونه متعكر او المسافة الخالية الناشئة
عن الضمور تكون مملئة بسائل مصلى يتراكم فى الجيوب المخية أو بين
الصايا وفى الغالب يكون شكل الجمجمة غير منتظم وعظامها مخينة فى
الجهة التى يعترىها الضمور

وأما ضمور الدماغ المصاحب للتقدم فى السن فالغالب ان يكون عاما لهذا
العضو لكن متى كان ثانويا وناشئا عن تمسكات جزئية فيه فيكون أكثر وضوحا
فى الجهة المصابة عن الجهة المقابلة لها والجوهر السكاثى للنصفين
الكرين يكون متناقصا فى الجسم والتلافيف المخية رقيقة والميازيب
أكثر عرضا وغورا ويكون الجوهر البى أبيض وسطامته كاثفا وجوهره
القشرى رقيقا متينا ذا لون مبر أو معتق والجيوب المخية تكون مملئة
ومتعددة بسائل مصلى وكذا المسافات تحت العنكبوتية تكون مملئة بكينة
عظيمة من هذا السائل المتجمع فيها (أعنى الاستسقاء الدماغى الثانى
عن الفراغ)

في الاعراض والسير

الضمور النصفى للمخ وان لم يصطحب كما ذكرنا فى بعض الاحوال باضطرابات
عقلية لكن مثل الاحوال التى فيها أحد نصفي المخ يعوض الآخر فى وظائفه

تعد من النوادر العظيمة والغالب ان يعتري أكثر المرضى ضعف في القوى العقلية بل يكون في حالة بلبه وكذا أعضاء الحواس خصوصا الابصار تسكون قليلة الحساسية وقابلة تنبيه الاعصاب الحساسية للجهة المشلولة تسكون متناقصة وأعظم الاعراض المشخصة لهذا المرض هو شلل إحدى جهتي الجسم مع ضمور واضح كثير الظهور فيم بالغالب ان يكون الشلل مضموبا باقتباسات عضلية وضمور الجهة المشلولة بهم جميع منسوجاتها حتى العظام بحيث ان الفخذ الدقيقة القصير للبالغ يظهر في مثل هذه الاحوال كفخذ الطفل وغالب المرضى يعتبرهم نوب صرعية وحيث ان باقي وظائف الجسم تتم جميعها فمن النادر ان يكون هذا المرض سببا للموت ومع ذلك فثلث هؤلاء المرضى لا يصلون الى سن عظيم الا في احوال استثنائية بل الغالب ان تكون مقاومتهم ضعيفة بحيث تهلك من أقل شيء يطرأ عليهم

وأما الضمور الاول للخي الذي يحصل خصوصا عند الشيوخ الهرمين جدا وكذا الضمور الثاني الذي يعقب السكنات الخفية والتمكركز الجزئي للدماغ وغيره من الامراض المرضية لهذا العضو في تصفان بضعف تدريجي في القوى العقلية وتناقص في القوى المذكرة تناقصا تدريجيا وتشتت في التصورات كحالة طفلية وضعف في الحواس وتناقص في قوة الانقباضات العضلية واضطراب المشي واهتزازة وعدم القدرة على قهر العضلات المعاصرة

ثم ان ضمور الدماغ الذي يوجد في جثة المجانين الذين اعتراهم قبل هلاكهم بلبه شلل تنغلق به الاعراض الانتهاية التي تشاهد في مثل هؤلاء الالهتاس في آخر الحياة وهي ظواهر ضعف القوى العقلية والبله وأما جنون التماظم الثابت وتوهم ارتفاع القدر الذي يسبق شلل العقل والظواهر الجنونية التي تطرأ عليه زمنا فزمننا والنوب السكتية فليست متعلقة به بل هذه الظواهر تنسب الى الالتفاتات السعائية التي تسبق هذه الحالة وتثور زمنا فزمننا في أثناء سيرها وفي دور هذا المرض الذي فيه يتناقص ثوران القوى العقلية عند المرضى وتضعف قوة التصورات والهوس وتقل شدتها وفيه تتسكدر التصورات وتضطرب وتفسد القوة المذكرة تهدي اعراض الشلل في أعضاء الحركة وكما ارتقت ظواهر ضعف القوى العقلية ازدادت علامات شلل

الحركة والعرض الابتدائي في أغلب الاحوال هو صعوبة النطق الذي ينتقل بسرعة الى القئمة وبعقب ذلك عدم قدرة الجسم على الوقوف والاهتزاز في المثني وتقلبه وسهولة سقوط المرضى واهتزاز ايديهم عند حركة الانبساط ثم لا يصير لهم قدرة على ترك الفراش ولا تنبهه من المؤثرات القوية ثم تهلك فيما بعد في حالة نهوكة

﴿المعالجة﴾

لا توجد معالجة شافية لظهور المنخ فاجتهد الطبيب في مثل هذه الاحوال يكون متجه الى المرض الاصلى لاجل منع تقدم سيره سيما بالمعالجة السببية التي تستعمل لمقاومة الافراط من المشروبات الروحية والتسمم الزحلي والدا الزهري والنهوك العامة والالتهاب المصحائي المزمن بواسطة الحمامات التشاسمية الباردة بالصب على الرأس ونحو ذلك كما أوصينا به في معالجة الالتهاب المصحائي المزمن وزيادة عن ذلك يجتهد في مضاربة الاعراض الخطرة وفي أحوال الظهور الدماغي النصفي المصحوب بظهور في العضلات واستهالة تشمعية فيها يمكن استعمال التيار الكهربي الطبي المتقطع أو المسعر الذي لا يكون له في هذه الاحوال منفعة الا من حشية تقوية العضلات باحداث انقباضات ميكانيكية فيها وانما في سن الطفولة عند ما يكون غزو الدماغ في درجة مناسبة يظهر أنه بتأثير التغذية الجيدة والهواء الجيد والرياضة الجسمية والكهربائية يمكن احداث تقدم في غزو الدماغ المتأخر وماعدا ذلك فالمعالجة لا تكون الاعرضية

﴿المبحث الثامن عشر﴾

(في فقد النطق المسمى بالاغاز ياوالامبوليا)

يوجد اضطراب في الدماغ يحصل تناقص في قابلية التكلم أو فقدها بالسكلية بدون ان تكون أعضاء النطق مضطربة في وظيفتها وبدون اضطراب في القوة المفكرة وفقد هذه القابلية مع سلامة القوة المفكرة والسلامة الشامة للعضلات المنوطة بالتكلم والتعبير عن الافكار بواسطة الكلام يعبر عنه بالاغاز يا (كما قاله ترسو) وقد ذكر المعلم بروكان اضطراب التكلم الذي نحن بصدده يتعلق بتغير في التلافيف الخفية الجبهية الثالثة

ويكاد يكون فقد التكلم هذا ناشئ عن اصابة مرضية في التلافيف الثالثة اليسرى ومن النادر ان يكون ناشئ عن اصابة التلافيف اليمنى بنسبة $\frac{1}{12}$ بمعنى والمؤلفون الفرنسيون هم أول من وجه هذه النسبة بسارى

بالتعبير الآتى وهو ان اعصاب التكلم تترن وتقوى عادة في جهة واحدة من الدماغ وهي اليسرى بخلافها في الاثني عشر ذات العصر فان التلافيف الثالثة اليمنى فيهم تكون بعكس ما ذكرتم سلطنة على وظيفة التكلم ومع ذلك فالظاهر ان هناك اجزاء أخرى من الدماغ لها تأثير على تلك الاعصاب ولذا كان كثيرا ما توجد الاصابة المرضية في غير ما ذكر من التلافيف كقرب حفرة سلفيوس والتلافيف المركزية أو قرب الحداثات التوتمية أو الفصوص المؤخرية والتغير المرضي الناشئة عنه الا فاز ياقديكون مختلفا فاما ان تكون انسكابات دموية أو بورات لينة التهاية سدوية أو تكون جروحاً راسية أو تولدات جديدة أو نحو ذلك مجلسها الاصفار السابق ذكرها ومن الواضح انه عندما تزداد تلك التغيرات تحصل ولا بد اضطرابات وظيفية أخرى في الدماغ خلاف الافاز ولكن منشأ الافاز يالا يكون على الدوام ناتجا عن تغيرات جوهرية وواحدة مثل السابقة بل كثيرا ما تحصل في أثناء سير بعض الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس وكذا عقب التسمم بالبلادونا والرصاص وعقب التخذير بالكورفوم وفي أثناء سير الاستيريا والعزع وعقب الانفعالات النفسية

وغالبا يبقى هذا المصابين بعض ألفاظ يستعملونها على الدوام مع التكرار للاعصاح عن افكارهم وفي أحوال أخرى لا يكون لهم قدرة الا على النطق ببعض المقاطع ويكونون قاعدي التكلم بالسكينة وقد قد قابلية التكلم الذي به يمكن الافصاح عن الافكار وان كان هو الظاهرة الاعتيادية لهذا الاضطراب الدماغى الا أنه ليس هو العيب الوحيد في ذلك اذ قد يفقد كذلك قابلية الكتابة (وهو الاجرافيا) أو القراءة (وهو الالكسيا) وفي بعض الاحوال قد تفقد قابلية الافصاح عن المرام بالاشارات ولذا قال فنكلن برج انه من الاجود استعمال لفظ اسمبوليا بدلا عن الافاز لاجل شمول جميع اضطرابات الدماغ هذه في التعميم فيعرف هذا المعلم الاسمبوليا بانها

عمارة عن اضطراب وظيفي به فقد قابلية التعبير والافصاح عن التصورات
بعلامات مصطلح عليها (وهي الكتابة) أو فقد قابلية ادراك التصورات
بعلامات معلومة (وهي القراءة) اما فقد انما أو غير تام وفي الحقيقة كثير امن
الاشخاص المعتر بهم الافاز بالايكون لهم قدرة على قراءة الحروف مطلقا
وفهمها بل قد شوهد في بعض الاحوال الاستثنائية بقايا قابلية التكلم
مع عدم قابلية الكتابة والقراءة وهذه حالة لا يسوغ اطلاق اسم الافازيا
عليها (فان لفظ افاز يامر كب من حرفين آجعي الفقد وفازس أى التكلم)
وقد شوهد في كليتك جسيئر شخص مصاب بالافاز ياطهر عنده في الاسابيع
الاول حالة مخصوصة وهو انه لم يمكنه فتح فمه عند امره بذلك بحيث كان يجبل
من عجزه عن ذلك ويجتهد في فمه باصابعه لكن متى قرب من فمه ملعقة ملانة
بالطعام كان يفتحه على آخر درجة - واما التوجيه الفسيولوجي المقبول
للأميولي فلم ييسر الى الآن وقد نسب المعلم ترسوق فقد التكلم لأمير بن
أحمد هـ فقد القوة المفكرة كلاً أو بعضاً وحينئذ لا تتكلم المرضي لانهم لم
تذكر الكلمات غير انه يمكنها تقليد النطق بالكلمات التي تقال لهم (وهذا
ما يسمي بشكل الافازيا الناتجة عن فقد القوة المذكورة) والامر الثاني فقد
صناعة تقطيع الحروف وبذا ينعمر على المرضي تقليد النطق بمثل
ما يقال لهم أو يتعذر بالكلمة (وهذا يسمي بشكل الافازيا الناتجة عن فقد
قابلية تقطيع الحروف)

ثم انه وان سهل بالكلمة معرفة حالة الافازيا الواضحة غير المضاعفة يعسر
علينا الحكم على أحوال الافازيا غير النامة أو المخوكة باضطراب في القوة
العقلية وليس من النادر أن يوجد مع الافازيا مثل نصفي جانبي في الجهة
المقابلة للإصابة المخية أعني في الجهة اليمنى من الجسم غالباً وحينئذ يكون
الحكم على عاقبة الافازيا في مثل هذه الاحوال التي فيها تنسب لبورات
مرضية مفسدة في الخ غير جيد ولو انه قد يشاهد في مثل هذه الاحوال قصبين
وأما ان لم يوجد الشلل بالكلمة استنبط من الامور السببية ان فقد التكلم
ناجئ عن اضطراب دوري وقتي أو عن نضح ماى أو نحو ذلك فبحكم بان هذا
المرض من طبيعة وقتية وعاقبته جيدة

ومعالجة الافازيا تطابق بالكلية معالجة المرض الاصلى ثم يجتهد فيما بعد
بواسطة التمرين اللائق بالتكلم والقراءة والكتابة ونحوها في تقوية
الاجزاء العصبية للتكلم في الجهة المقابلة ومع ذلك فلا تؤيد التجارب حقيقة
التعادل العوضي لهذا الاضطراب

* (الفصل الثاني) *

(في امراض النخاع الشوكى ولغائه)

* (المبحث الاول) *

(في احتقان النخاع الشوكى ولغائه)

من المعلوم ان كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى عرضة لاختلافات
عديدة وان احتقان هذا العضو وانهيته تحدث اضطرابا بالى وظائفه بكمية
مماثلة لما يحصل في الدماغ من احتقانه وفقرده ومع ذلك فالاعراض التي
تنسب لتفاوت كمية الدم في النخاع ليست متخذة من شهادات لا واسطية
اكيدة اعنى من مقارنة الظواهر المرضية التي تشاهد مدة الحياة والصفات
التشريحية بل باستنتاجات حدسية وزائدة عن ذلك فانه في أغلب الصفات
التشريحية لا ياتفت الى كمية الدم المحتوى عليها النخاع الشوكى وان
تعيين كميته في هذا العضو أصعب منه في المخ

وأكثر ما يشاهد احتقان النخاع الشوكى واحتواؤه على كمية عظيمة من الدم
ولغائه في الصفات التشريحية للاطفال المولودين جديدا وفي جثة
الاشخاص الهالكين بامراض تشنجية أو أمراض حادة وزائدة عن
ذلك تشاهد تمددات دوالية في السكتة الوريدية للجزء السفلى من النخاع
الشوكى وتكون مصاحبة للامتلاء الدموي البطني الذي هو ظاهرة من
ظواهر سير زوال الكبد وغيره من امراض هذا العضو التي تعوق سير الدورة
في البطن

ثم ان احتقان النخاع الشوكى يؤدي الى انتفاخ ورخاوة في جوهره وتكون
بمقدار يكبوزية صغيرة وفي الدرجة المرتفعة لهذا المرض يحصل في جوهره
لين واحتقان المصايا النخاعية يعقبه طبقا للمشاهدة المعلم من زيادة
ارتشاح من مادة مصلية تملأ المسافات تحت العنكبوتية من أسفل الى أعلى

حتى تمتد الى فجوى الجمجمة

واعراض احتقان النخاع الشوكى ولغائفه هي طبقا لما ذكره المعلم المذكور
 ألم أصم قاصر في الغالب على القمم العجزى والقطن واحساس بتجدد وتغل
 في الاطراف السفلى وشلل فيها غير تام غالبا ومن النادر أن يمتد كل من
 اضطراب الحس والحركة من أسفل الى أعلى صاعدا الى الاطراف العليا وفي
 مثل هذه الحالة الاخيرة يكون التنفس بطيئا احيانا واما المثانة والمستقيم
 فلا يصابان بالشلل فمن مجموع هذه الاعراض يمكن الحكم على وجود احتقان
 النخاع الشوكى ولغائفه اذا اتفقت في اعراض هذا العضو وحصل تسخين
 او زوال في مجرى موع الاعراض المذكورة عقب حصول نزيف من
 الاوعية الباسورية المتفخمة باوعية النخاع الشوكى أو نزيف من رجلي أو عقب
 فعل استغفر اغاث دموية موضعية

والقول بأنه ينشأ عن الاحتقان الشديد للنخاع الشوكى تشبهات غير مقطوع
 به فان وجود كمية عظيمة من الدم في أوعية هذا العضو عند فتح جثثة
 الأشخاص الهالكين بنوب تشبهية شديدة يمكن اعتباره كنسبة التشبهات
 وليس سببا لها

وكذا يقال في احتقان النخاع الشوكى الذي يشاهد في جثة الهالكين
 باعراض حمية ثقيلة وفي الارتباط بينه وبين اعراض الحمى
 وهناك حالة مخصوصة تسمى بتفجج النخاع كثير اما أنطب فيها المؤلفون زمنا
 طويلا وهي عبارة عن أحوال مرضية تكون فيها الحساسية متزايدة جدا
 عند الضغط على التوتات الشوكية وعن ميل عظيم وارتفاع واضح في حصول
 حركات انعكاسية وثوران في الحساسية العنومية وهذه الاعراض توجد بكثرة
 كما لم الرأس في أمراض حادة وضمنة بدون أن يمكن توجيها وعلى كل حال
 فلا يستخرج من تلك الظواهر المرضية دائما وجود احتقان في النخاع الشوكى

المعالجة

في الاحوال التي فيها يمكن معرفة الاسباب التي ينتج عنها احتقان النخاع
 الشوكى تستدعي المعالجة السببية لهذا المرض بتعديد الاسباب المذكورة
 وأما الاحتقان نفسه فيوصى فيه اذا ارتقى لدرجة عظيمة باستعمال

الاستفراغات الدموية الموضعية اما بواسطة المهاجم التشريعية أو بارسال
 العلق والاجود استعمال الاولى على طول العمود الفقري والثانية على دائرة
 الاست أو عنق الرحم خصوصا في الاحوال التي يوجد فيها امتلاء دموى
 بطى وذلك بالنسبة لاستطراق أوعية الحوض بأوعية القناة الفقرية
 واستعمال الجواهر الدوائية المسهلة لاسيما الاملاح المتعادلة والحامات
 القديمة والمصرفات على الجلد تساعد الاستفراغات المذكورة مساعدة
 تامة ونباح هذه الطريقة العلاجية قد يتيسر الحكم على حقيقة التشخيص
 * (المبحث الثانى) *

﴿فى نزيف الخناع الشوكى ولفائفه﴾

(المعروف بالسكنة الخناعية الشوكية)

الانسكابات الدموية بين اللفائف الشوكية وجوهر الخناع الشوكى تعد من
 الظواهر النادرة بقطع النظر عن البقع الالبكموزيسية الصغيرة التى
 تصاحب احتقانات هذا العضو الشديدة والظواهر ان كلامنا من الاستحالة
 المرضية لجذر الاعوية وازد يادضعط العمود الدموى فى الشرايين اللذين هما
 السببان الرئيسان للانزفة الدماغية ليس له تأثيرى احدثات الانزفة الخناعية
 فشكايا الانزفة الشوكية داخل المصا بانتهج دائما عن اصابات جرحية لهذا
 العضو كجروح العمود الفقري ورضه وتمزقه وأكثر ما يشاهد هذا النوع من
 الانزفة فى الاطفال المولودين جديدا وبوجه ذلك بسهولة بالجلد الشديد
 والتمزق الذى يكايده العمود الفقري انشاء الولادة الشاقة وأما الانزفة
 الدموية داخل جوهر الخناع فيظهر ان اغلب منشأها ظاهرة النهاية
 لبعض الامراض المزمنة المفسدة للخناع الشوكى ويندر ان تنشأ عن اصابات
 جرحية فى العمود الفقري

ثم ان الانسكاب الدموى الذى يختلف الانزفة السحائية الشوكية يكون غالبا
 عظيما وأكثر ما يجتمع فى الجزء السفلى للقناة الفقرية فيلا امتدادا عظيما من
 المسافات تحت العنكبوتية وأما نزيف الجوهر الخناعى الشوكى ففقه يكون
 جوهر هذا العضو مستحيلا الى مادة عجيبة والتغيرات التى تسكبها
 البورة السكتية الخناعية عدم كنهها من طويلا قليلا معلومة بالكلية

والظاهر انها مماثلة للتغيرات التي تعترض البورة الحية السمكية عند اسفرارها من اطوبلا

ومن الواضح ان أوعية الخضاع الشوكي لا تنضغط بواسطة الانسكاب الدموي داخل لفائف هذا العضو وتصل للدرجة التي بها يمنع بالكلية ورود الدم الشرياني اليه وبذا التنطفي قابلية تنبيه الالياف العصبية الا بالتدريج وفي العادة يشاهد ان ظواهر الشلل في الانسكابات الدموية من العضوايا الشوكية تسبق بظواهر تخرج كالكلام الظاهر الشديدة الكثيرة الامتداد والتشعبات سيما المسقرة التي في الاجزاء الناشئة اعصابها اسفل محل التزيف كالتي تنوس الخافي والتشعبات والانقباضات العضلية للطراف ثم يعقب هذه الظواهر عند ما يكون الانسكاب الدموي غزيرا شل في الحس والحركة يصيب الاجزاء التي اعصابها ناشئة من الجزء الخاضعي المنضغط وان اصاب الشلل عضلات التنفس أيضا حصل الموت بسرعة وفي عكسه العكس يعني اذ لم يصيبها فان الموت يكون بطيئا ومن المشكوك فيه كونه اتصال التيار العصبي يعود بعد الامتناس الدموي ويتم الشفاء ثم انه لا يحكم بالاعراض المذكورة على تشخيص نزيف سنجابي شوكي الا اذا سببها اصابة جرحية في العمود الفقري فان لم يتحقق ذلك وانهم -م السبب فان تشخيص هذا المرض لا يكون أكيدا وحيث انه بواسطة نزيف الخضاع الشوكي نفسه يحصل في المحل المتجمع فيه الدم تترك تام في جوهر الخضاع الشوكي فلا بد وان يعترض تواصل التنبيه العصبي من الدماغ الى الاعصاب الذائرية ومنها الى الدماغ انقطاع فجاء حال حصول التزيف في هذا الشكل من السمكة الخاضعية وكما طرأ بسرعة اعراض هذا الانقطاع التي هي فقد احساس النصف السفلي من الجسم وانقطاع تأثير الارادة عليم المصوب بشلل في المشانة والمستقيم أمكن تقريبا ان يحكم بان فساد جوهر الخضاع حصل بسرعة بواسطة الانسكاب الدموي لا تدريجا بواسطة الالتهاب أو الالتهن أو الضغط وحيث يحصل الموت بسرعة اذا كان مجلس الانسكاب الدموي في الجزء العلوي من الخضاع بحيث تنشل عضلات التنفس وأما اذا كانت الاصابة والفساد في الجزء السفلي من الخضاع فان حصول الموت يكون بطيئا ورجحنا ان يمتد الى عدة سنين ويكون في

الغالب ناتجا عن الغنغرينا الوضعية أو الالتهاب المشائي الحبيث الذي يصحب شلل المثانة وحيث لم يكن للصناعة مقدرة على احداث امتصاص الانسكاب الدموي وتعويض ما فسد من الالياف العصبية كانت معالجة السكتة الشوكية عرضية في الابتداء ينبغي استعمال الاستفراغات الدموية عمومية عند الأشخاص الأقويا البنية أو الاستفراغات الوضعية المتكررة بواسطة ارسال العلق أو المحاجم ووضع مثانة مملئة بالجليد على الجزء الذي يظن فيه انه يجلس للانسكاب الدموي وذلك اذا اشتكى المريض بالام في الظهر شديدة وكان عنده ظواهر التهابية ثم يجتنب في منع حصول الغنغرينا الوضعية بوضع المريض غالب أوقاته وضعا جانبيا واستفراغ المثانة مع الاحتراس زمنافز مناوالالتفات لتغذيته مع الراحة والتدبير الغذائي اللطيف كما يفعل في غير هذا التزيف من الانزفة الباطنية وعند ظهور ظواهر الانحطاط والهبوط يمكن استعمال الوسائط المنعشة وقتيا وكذا المحولات الجلدية وان اشتد ألم الظهر جدا وجب استعمال المورفين والشلل الذي يخلف هذا المرض ينبغي معالجته بواسطة بودور البوتاسيوم بقصد تحريض الامتصاص وماعد اذ كان يعالج بما سنذكره من القواعد في معالجة شلل التضاع الشوكي وأغنياء المرضى المصابين بالسكتة الشوكية والشلل الناجبي يمكن ارسالها الى الحمامات المعدنية الحديدية كولد باد وفغروجستين لكن كلما كان التنبض أكيذا كان العشم بالنجاح قليلا

المبحث الثالث

(في التهاب المصايب الشوكية)

في كيفية الظهور والاسباب

التهاب الام الجافية لا يظهر على شكل مرض أولى مطلقا بل كثيرا ما يضاعف بروج الحمود الفقري وبالخصوص التهاباته كما ان التهاب العنكبوتية لا يكاد يشاهد الا مصاحبا لالتهاب الام الجافية أو الام الحنون وربما شوهد التهاب العنكبوتية المزمن على حالة مرض أولى ذاتي بدون سبب معلوم يحال عليه وينتج عن هذا الالتهاب تكاثف جزئي في العنكبوتية وتعضات فيها وأما التهاب الام الحنون الناتج عن مؤثرات وبائية فقد

ذكرناه في أمراض الدماغ وسميناه بالالتهاب المصحاتي الدماغى الشوكى
وزيادة عن هذا الشكل من التهاب الام الحنونى الشوكية يشاهد التهاب
هذا الغشاء منفردا ناشئا اما عن اصابات جرحية أو عن امتداد التهاب الام
الجافية الشوكية الى الام الحنونى كما انه قد يشاهد أحوال ذاتية من هذا
الالتهاب تنتج عن تأثير البرد ونحوه من المؤثرات المضرّة على الجسم ولوان
ذلك نادر الحصول جدا

* (الصفات التشريحية) *

التهاب الام الجافية الشوكية يندر أن يكون عميقا في سطح منسج من هذا
الغشاء بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض اصفاره ويظهر الجزء الملتصق
في الابتداء محتقار طبار خواثم بتغير لونه ويصير سهل الفترق ويغضى احبانا
بنضج قيصى وانتهأت هذا الالتهاب اما بمحصول تكاثفات وتخن بعض
اصفار الام الجافية والنصاقها بالعظام الفقرية التصاقا متينا او بثقب الام
الجافية بواسطة الفجج المجتمع بينهم او بغير العظام الفقرية والتهاب مصحاتى
شوكى منتشر تبعاً لذلك واما التهاب العنكبوتية المزمن فيختلفه تكدرات لبنية
في هذا الغشاء وتكون صفيحات فخر وفيه أوعظامية في حجم العدسة ذات
سطح باطن خشن و سطح ظاهر أمانس وهذه الصفيحات تكون بعدد عظيم
متراكمة خصوصاً في الجزء السفلى من النخاع الشوكى

وأما التهاب الام الحنونى فالغالب أن ينتشر على معظم سطح هذا الغشاء وفي
شكالة الحادة تكون كثيرة الاحتقان منتفخة رخوة ويوجد في المسافات تحت
العنكبوتية نضج قيصى ندى غزير ويكون كل من الام الحنونى والعنكبوتية
مغطى بنضج غشائى وفي الغالب يكون النخاع الشوكى باهنا قليل الدم ويندر
أن يكون محتقنا مسترخيا أولينا وفي الاحوال المزمنة من هذا الالتهاب
كثيرا ما يتراكم في القناة الفقرية نضج مصلى بحيث يظهر ان أغلب احوال
الاستسقاء المصحاتى الشوكى المزمن ناشئ عنه وكما ذكرنا انه كثير ما يوجد
في الصفات التشريحية في جثة السكارى تكاثفات ونضج أوديمياوى
في أغشية الدماغ وينسب ذلك لتغير التهابى مزمن فيها فكذلك نقول ان
تجمع كمية عظيمة من السائل المصلى في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية

ينسب لاضطرابات النهائية في الاغذية الفقرية متى لم تكن ظاهرة من
ظواهر الاستسقاء العموي أو تابعة لاهوار الخناخ الشوكي ومع ذلك يعسر
علينا من حالة تور الام الجفافية الشوكية قبل شقها ومن كمية السائل
المنصب بعده معرفة كمية المواد المصلية المتجمعة في المسافات تحت
العنكبوتية أهى متزايدة أم لا وكما كان السائل المصلي الخارج أكثر
تعاكروا وتولوا بلون الدم كان الاقرب للعقل نسبة ذلك الى الانتهاب الصغائر
الشوكي المزمن

(الاعراض والسير)

التهاب الام الجفافية الشوكية لا يكون مصحوبا بظواهر مرضية واضحة
كثيرة الوضوح الا نادرا ما يؤدي الى تثقب في الدجيا الشوكية وانسكاب
القيح المتجمع في المسافات تحت العنكبوتية الشوكية واحداث التهاب منتشر
في الخناخ الشوكي بالتبعية لذلك فانه لا يكاد يمكن بت الحكم عند تشكي
المرضى المصابين بأفات جرحية في العمود الفقري أو تسوسات فيه بالآلام في
الظهر بان هذه الآلام هل هي ناشئة عن التهاب الام الجفافية الشوكية أو
عن التهاب العظام أو الارتبطة الفقرية

وكذا الظواهر المرضية للالتهاب العنكبوتي المزمن الذي يتكون عنه
الصفائح النضرة وفيه السابق ذكرها غير واضحة بالكلية
وأما التهاب الام الخنونة الحاد فيكون مصحوبا بظواهر تهيج شديدة في مجموع
أعصاب الخناخ الشوكي يعقبها ظواهر شلل وبهذه الاعراض وتعاقبها
لبعضها يعرف هذا الالتهاب معرفة تامة فان المرضى بعد ان تحسن بقشعريرة
تمشكي بالآلام شديدة في الظهر مع تمادى الاعراض الجفافية واستمرارها
وهذه الآلام ترتفع وتشتد بآدي حركته وبالضغط على العمود الفقري وتصير
غير مطاقاة وينضم لهذه الآلام الآلام الاطراف وكل من الآلام الظهرية
والدائرية التي تشتد كى بها المرضى توجه بالتهيج الذي يعترى الأعصاب
الحساسية داخل القناة الفقرية عقب التهاب اغمدتها وكذا من الظواهر
اللازمة لهذا المرض الانقباضات العضلية المستمرة في عضلات الجذع
والاطراف وبذلك ينشأ التيتنوس الخفيف وانقباض الاطراف انقباضا

شديدا وهذه الانقباضات الدائمة التي يمكن احداثها بالصناعة في بعض
 الحيوانات كما هو معلوم بواسطة التيار الكهربي في قديمه بل فيها الخطاط
 تارة وثوران تارة أخرى والثوران في هذا المرض يحصل بواسطة تحريك
 الجمود الفقري لا عقب تجميع جزء دائري من الجسم كما في التشنوس وهذا ما
 يثبت ان التشنجات المسيرة الناتجة عن الالتهاب المعصائي الشوكي ليست
 ناتجة عن ثوران الفعل العضلي المنعكس وارتفاعه بل هي نتيجة التجميع الذي
 يعترى الاعصاب المحركة عقب التهاب أغدها وهذا الانقباض المستمر
 التشنجي في عضلات الجسم الذي لا يعمج للريض بفعل أدنى حركة ولو كان
 غير منسل يعقب احيانا بنوب تشنجية ومتى اشتركت أعضاء التنفس في هذا
 التشنج التشنوسي تكثر التنفس وحصل الموت بسرعة بخلاف ما إذا لم تصب
 عضلات التنفس فانه يحصل تحسين تدريجي في حالة المريض لكن الغالب
 ان يحصل شلل في النصف السفلي أو ارتفاع في الاعراض الحمية فيملك المريض
 اما بامتداد الشلل الى النخاع المستطيل أو بالتهكة التي تعقب الظواهر الحمية
 وأما التهاب الام الحنون المزمن الذي سنذكر اعراضه عند اعراض
 الاستسقا الشوكي العارض في نفسه تكون آلام الظهر واهية جدا وربما
 خفيت وعلى العكس من ذلك يشاهد في ابتداء هذا المرض احساسات مؤلمة
 في الاطراف واضحة جدا بحيث يستفي هذا المرض ويلتبس بالآلام
 الروماتيزمية الدائرية وأهم اعراض هذا الشكل من الالتهاب ظواهر الشلل
 النصف السفلي التي تبدأ من الاطراف السفلى ثم تمتد الى المشانة والمستقيم
 ثم الى الاطراف العليا وهذا الشلل يكون في الابتداء غير تام ثم يرتقي الى
 شلل تام في النصف السفلي ويحسبه احساس بنفل وخدر في الاطراف السفلى
 وهي ظاهرة تسبق فقد الحساسة وشلها الذي يندران يرتقي الى درجة تامة
 وشم أحوال من هذا القبيل من حيث نصف الشلل السفلي في زمن قليل جدا
 ويكون مسبوقا احساسات مؤلمة في الاطراف تعتبر روماتيزمية بحيث ان
 الشلل يصير تاما احيانا في ظرف أيام قلائل (وهذا هو المعروف بالاستسقا
 الشوكي الروماتيزمي) والشل حينئذ اما أن يبقى على الدرجة الاولى
 التي ارتقى اليها أو يتناقص قليلا وفي أحوال أخرى يرتقي الشلل النصف

السفلى ببطء ارتقاء تدريجياً بكيفية خفيفة وفي هذه الاحوال يكون العشم
بحصول التقسين وتناقص الشلل قليلاً جداً ولو انه يظهر من حالة المرض
تعاقدات بين الجودة والرداءة وأغلب المصابين بهذا المرض يهلكون بعد
زمن اما كثير العاقل أو قليله بامتداد الشلل الى التخاذ المستطيل
وبالغفرنا الموضعية أو بالالتهابات المثانية التزلية ثم ان شلل النصف
السفلى زيادة عن كونه يحصل في أحوال الالتهاب السهائي الشوكي المزمن
يصحب غير هذا المرض من أمراض التخاذ الشوكي وأمامشي المرض
فليس واصفاً الشكل هذا المرض بل لا يختلف عن شكل شلل النصف السفلى
في غير هذا المرض من أمراض التخاذ فان القول بان ظواهر الشلل
النشئة عن تجمع سائل في القناة الفقرية تزايد عند وقوف المريض
وتتناقص حال استلقائه على الفراش بسبب توزيع السائل توزيعاً
مستوياً يبنى على نظريات لا مشاهدات أكيدة فالذي يرتكن اليه في تمييز
الالتهاب السهائي المزمن والاستسقاء الشوكي العارض عن غيره من أمراض
التخاذ الشوكي ظواهر التخرج سيما الاحساسات المؤلمة في الاطراف التي
تسبق الشلل وامتداد هذا الشلل من أسفل الى أعلا بالتدريج فان سير
الشلل بهذه المثابة لا يوجد اذا كانت اصابة التخاذ الشوكي في بورات
منزلة وبالحصص يعتمد في هذا الامر على السير المختلف في هذا المرض
بوجود ثوران وانحطاط فيه لا يوجد عند حصول تغيرات مفسدة للتخاذ
الشوكي

* (المعالجة) *

الالتهاب السهائي الشوكي الحاد يستدعي معالجة مضادة للالتهاب قوية
جداً لا سيما ارسال العلق ووضع المحاجم التشريطية على جانبي العمود
الفقرى واذا كان ينبوع هذا المرض اصابة جرحية ينبغي استعمال التبريد
القوى على الظهر بواسطة مثانة مثانة بالجليد أو الفايد الجليدية مع
التكرار وفي الاحوال الحديثة جداً الامتناع من استعمال ذلك بالمرهم
الزيتي وتغاطي الزبيب الملو من الباطن وعندما تكون آلام الظهر
والانقباض العضلي شديدين جداً يستعمل الحقن تحت الجلد بالمورفين

وعند انتهاء الدور الاول من هذا المرض واستطالة مدته ينبغي وضع المحولات المنقطة الطيارة على جانبي العمود الفقري بان يبتدئ بها من أعلا القفا ويكرر وضعها على الظهر حتى يصل الى القسم الهجري ثم يبتدأ بها ثانيا من الاعلا والظاهر ان المحولات المنقطة أقوى تأثيرا في هذا المرض من المقص والمخاوير التي يفضل استعمالها في أمراض العمود الفقري بل وفي أحوال التهاب النخاع الشوكي نفسه القاصرة على بورات متعددة مع اعطاء بودور البوتاسيوم من الباطن ومن الجليد في الاحوال المزمنة من هذا المرض استعمال الحمامات الثلجية بالماء البارد أو الصب لاسيما المداومة على الحمامات الفائرة البسيطة أو القلوية أو الحديدية أو بالمياه الامية أو الكبريتية وفي الانتهاء يجوز استعمال الكهر بائية وشهرة هذه الواسطة العلاجية في أشكال شلل النصف السفلي مبنية بالاكثر على منفعتها في أحوال التهاب السحايا المزمن ولفائفه

(المبحث الرابع)

في التهاب النخاع الشوكي

سنستكمل في هذا المبحث ايضا على اين النخاع الشوكي وتيسره فان كلامنا هاتين الاستخالتين المرضيتين يعتبر الى وقتنا هذا انتهاء لالتهاب النخاع أو شكاكلا منه (يقطع النظر عن اين هذا العضو الذي ينتج عن انسكابات دموية أو ارتشاح أو ذيماوى فيه)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب النخاع الشوكي يؤدي لتغيرات جوهرية مشابهة لما يحصل في الدماغ من الالتهاب فانه في هذا الالتهاب لا يتكون نضج غزير بين خلايا جوهر هذا العضو بل ان أجزائه العصبية تسكابد اضطرابات غذائية النهاية ثم تتلاشى وتفسد بالسكابة كما تفسد وتتلاشى الخلايا والالياف العصبية في الدماغ عند التهابه

ثم ان التهاب جوهر النخاع يعتبر مرضا نادرا يقطع النظر عن الاحوال التي فيها يمتد الالتهاب من الفقرات الى النخاع نفسه وهو أمر كثير الحصول فان أغلب شلل النصف السفلي من الجسم الذي يشاهد في سير التهابات القناة

الفقرية وتقوساتها ليس نتيجة الضغط الواقع على الخضاع الشوكى من تقوس العمود الفقرى وانحنائه بل نتيجة امتداد التهاب من العمود الفقرى الى السحايا الشوكية ومنها الى الخضاع الشوكى نفسه والذي يؤيد ما ذكرناه المشاهدات التى تثبت كثرة وجود الشلل فى أحوال التهابات العمود الفقرى قبل حصول تقوس وانحناء فيه والى ثبت فيها عكس ذلك وهو انه كثيرا ما يوجد تقوس وانحناء واضهان فى هذا العمود بدون ظواهر الشلل وبعد استقرارها سنين عديدة يتضاعف هذا التقوس بدون ازدياده دفعة واحدة أو عقب حصول آلام شديدة فى الظهر فهذا يدل على ان حصول الشلل فى مثل هذه الاحوال نتيجة امتداد التهاب الى الخضاع الشوكى وليس من الضغط الواقع عليه بتقوس العمود الفقرى وأقل من التهاب العمود الفقرى انتاجا لالتهاب الخضاع الشوكى الاصابات الجرحية للعمود الفقرى ورضه والتولدات العظمية الزهرية واهيانا يظهر هذا التهاب حول التولدات المرضية الجديدة أو البورات الدموية التى تحصل فى القناة الفقرية

وبالجملة فانه يعد من أسباب التهاب الخضاع الشوكى الافراط فى الجماع والتعب المفرط وتأثير البرد على الجسم وانقطاع افراز عرق القدمين بخفاة وان لم يتحقق فى مثل هذه الاحوال ان هذا التهاب نتيجة الاسباب المذكورة أو غيرها من الاسباب المجهولة وانما يقال عند شلل النصف السفلى الناتج عن أسباب غير واضحة ان المريض أفرط فى الجماع أو التعب الشاق أو عدم جودة المعيشة

* (الصفات التشريحية) *

قد يكون التهاب الخضاع الشوكى قاصر على بعض بورات وحيدة ثم يمتد أمن الجوهر النخاعى ويمتد حتى يعم جميع سمك الخضاع وقد يمتد من الجوهر النخاعى أيضا على شكل لين مركزى ويمتد امتدادا عظيما لكن يندران يعم الجوهر الأبيض من هذا العضو

وفى ابتداء الاحوال المذكورة اعنى عندما يكون التهاب قاصر على بعض بورات يكون الخضاع منتفخا وعند شقه يسيل منه مادة عجيبيية رخوة قليلا أو

كثير المحمرة اللون (ويسمى اللين الاحمر) وعند اعادة رار هذه الحالة زمننا طويلا ينقلب لون هذه المادة الى السمرة أو الاصفرار بسبب تغير المادة المتونة للدم وحول استهالة ثمجية في الاجزاء العصبية المنفسدة (ويسمى حينئذ اللين الاصفر) ومن النادر استهالة البورة الانتهاية في النضاع الشوكي الى بورة قهية عقب تكوين أخلية قهية فيها كما يكون ذلك بكثرة في الدماغ والغالب ان تكون السحايا الشوكية مشتركة في الالتهاب ويمكن ان يحصل من ثلاثي الاجزاء العصبية المنفسدة وامتصاصها في أثناء سير التهاب النضاع المحدود تكون كيس ممتلئ بمادة صلبة ومحاط بمنسوج خلوي رقيق واحيانا يحصل تيسر في هذا العضو عقب غزو وتكون الياف خلوية جديدة وهذا التيسر يكون شاغلا لبعض اصفار النضاع فتكون ممتلئة بآيسة متلونة بالاصفرار عقب رسوب مواد ملونة مصفرة فيها وهذه الاجزاء المتبسية تشابه الاغصان المصفرة المتبسية التي ذكرنا انها تختلف الالتهاب الدماغى الدائرى المحدود

وفي الشكل الثانى من هذا الالتهاب اعنى اللين المركزى يكون النضاع الشوكى قليل الانتفاخ وعند شقه يوجد الحد الفاصل بين الجوهر السحبابى والايض من هذا المنسوج واضح ولون جوهره داكن كمناسجرا وقوامه متناصا وعند ما يزمن هذا المرض سيما في الاحوال الواضحة يكون النضاع الشوكى كثير الانتفاخ وفي مركزه مادة بجمينية مائلة للحمرة أو اللون الصدائى أو الاصفر وفي هذا الشكل ايضا يمكن ان تمتص الاجزاء العصبية المنفسدة ويحل محلها سائل ينسكب بحيث يكون في مركز النضاع مسافة خالية ممتلئة بهذا السائل ومحاطة بمنسوج خلوي رقيق جدا

في الاعراض والسير

حيث ان الالتهاب النخاعى الحاد يصطبغ على الدوام بالالتهاب المصحب الشوكى فلا بد وان يكون هذا المرض مصحوبا بالفواهر المرضية بالالتهاب السحبابى الشوكى التى تكلمنا عليها في المبحث السابق ومن اعتهار بعض التنوعات فقط في اعراض المرض يمكن الحكم بان نفس النضاع الشوكى ملتهب ايضا مع السحايا فيوجد في ابتداء هذا المرض الذى يكون مصحوبا

بظواهر حرجية وآلام كثيرة الشدة أو قبلتها في الظهر والاطراف
وانقباضات تشنجية في عضلات الظهر والعنق مع انقباضات في عضلات
الاطراف تتعاقب بنوب تشنجية فيها وعسر عظيم في التنفس في الاحوال
التي تشترك فيها عضلات الصدر في الانقباض التشنجي وكما كانت
آلام الظهر محدودة في صفر مخصوص وكانت الآلام الدائرية أكثر
وضوحا والتشنجات شاغلة لبعض الاجزاء الناشئة اعصابها من اجزاء معلومة
من النخاع وكان شلل النصف السفلي متقدما للحصول واعقب ظواهر التهيج
بسرعة يمكن القول بان النخاع الشوكي هو المتهب وفي بعض احوال هذا
المرض الحثيث يمكن ان ترتقي هذه الظواهر في اقرب وقت الى درجة عظيمة
جدا بحيث يهلك المريض في أيام أو اثل الاصابة عقب اضطراب التنفس
والدورة وقد يحصل في بعض الاحوال تلطيف في الظواهر المرضية المذكورة
غير أنه يهبطها مثل في النصف السفلي غير قابل للشفاء والاحوال المرضية التي
يكون سيرها بهذه المثابة نادرة الحصول ويكاد منشأها يكون على الدوام ناتجا
عن اصابات جرحية أو خراجات انفتحت في القناة الفقرية

وكذا التهاب النخاع الشوكي المزمن يسبق بظواهر تهيج لكن حيث كان
اشتراك الاعصاب في هذا الالتهاب المزمن البطيء السير قليلا غير محدد فقطواهر
التهيج المذكورة تقتصر في الغالب على آلام غير قاررة واحساس بنمل في
الاطراف وانقباضات عضلية مؤلمة وقتية ومع ذلك فالمرضى يشكون في
كثير من الاحوال بالأمهم في جزء العمود الفقري الموازي للصفرة المتهبة من
النخاع وهذا الالم يتزايد بالضغط على النتوء الشوكية لا بجر كان العمود
الفقري وهذا أمر مهم في التشخيص التمييزي بين التهاب النخاع الشوكي
والاعصاب الشوكية واحيانا ينضم لهذا الالم احساس بمنطقة صلبة محيطية
بالجذع وفي احوال أخرى قد يفقد الالم الذاتي لكن الفقرات تكون شديدة
الحساسية عند الضغط عليها وعند مس الظهر بأسفنجية منغمسة في الماء
الحار يشاهدان الجزء المصاب بالالتهاب كثير الحساسية دون غيره من باقي
الاجزاء وينضم لهذه الاعراض التي لا يرتكن اليها في غالب الاحوال ثقل في
الاطراف السفلى وكما كان مجلس الالتهاب مصيبا لاجزاء أكثر ارتفاعا

من التضاعف كان الشلل أكثر امتدادا فان كان الجزء القطني هو المصاب حصل
 شلل في الاطراف السفلى وان كان الجزء الظهري هو المصاب اشتركت
 العضلات العاصرة في الشلل وان كان الجزء العنقي هو المصاب امتد الشلل
 الى الاطراف العليا والى عضلات الصدر الموازية له وشل النصف السفلي
 يكون مضموبا بانستازيا هذه الاجزا أى فقد حساسيتها لكن الغالب ان
 يكون فقد الحساسية عظيما جدا بحيث لا تتأثر المرضى من المنبهات المهيبة
 الظاهرة التي تؤثر على النصف السفلي من الجسم وحيث ان حساسية
 الاطراف السفلى تكون متناقصة فالمرضى لا تقص بارْتِفَاع الارض التي
 يمشون عليها ولا انخفاضها ولذا انهم عند المشي يرفعون أطرافهم السفلى
 الى أعلا خوفهم من العثرة والسقوط وعند تغميض أعينهم لا يمكنهم المشي
 بالسكينة بل عند وقوفهم يهتزون ثم يسقطون على الارض ما لم يرتكنوا على
 شئ وحيث لم تكن عضلاتهم طويع قدرتهم تجددهم لا يضعون أقدامهم على
 الاصفار المرادة لهم بل يجوارها وحيث لم تكن لهم قوة ارادية في عضلاتهم
 حسبما يشاؤون فلا يمكنهم ان يتركوها تسترخي بهدوء ولذا لا يضعون أقدامهم
 حال المشي مع السكون والنشيدة بل تسقط فجأة بعد رفعها بالقهر عنهم فلذا
 ترى مشي الأشخاص المصابين بشلل النصف السفلي متزايدا بدون طويع
 ولا اختيار

ومع ارتقاء هذا الشلل وفقد الحساسية بالتدريج الى أن يصل الى درجة
 عظيمة جدا فيحصل احبانا انقباضات تشنجية مؤلمة في العضلات المنشلة فمنها
 فزمنها وهذه الظاهرة توجه بسهولة بامتداد التجميع الالتهابي الى الاعصاب
 المحركة المتوزعة في الاطراف السفلى ولولا انقطع اتصالها بالالياف العصبية
 المركزية وفي الاحوال التي يكون فيها اتصال الاعصاب المحركة بالالياف
 العصبية المركزية متقطعا بالسكينة بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية
 حسب الارادة لا يفقد انتقال النبية من الالياف العصبية الحساسة الى
 الالياف العصبية المحركة حتى يتعمرا ويتعذر حصول الانقباضات
 العضلية المنعكسة بل بعكس ذلك يشاهد ان النبية المنعكسة في الاجزا
 السائلة أسفل محل انقطاع التيار العصبي الارادي يكون مستزادا

لامتناقضا وهذه المشاهدات المرضية تطابق بالكلية التجارب الفسيولوجية
اذ من المعلوم ان ظواهر الانعكاس تحصل في الحيوانات التي يقطع رأسها
بكيفية سهلة دون الحيوانات التي لم نزل اعصابها المحركة تحت الارادة فقد
شوهد في بعض الاحوال أنه مع وجود شلل تام في النصف السفلي عقب
التهاب في العمود الفقري تحصل حركات انعكاسية واضحة في الاجزا المنشلة
باقل الملامسة تقع على جلد الاطراف السفلى في أى صفر كان بحيث يحصل
هذه الملامسة انقباضات عضلية تشنجية ومن الغريب ان ازداد الفعل
المنعكس في مثل هذه الاحوال يتناقص أو يزول بالكلية عند حصول تحسين
في الشلل أو شفاؤه بحيث يعود تأثير الارادة على الاعصاب المحركة
لل اطراف السفلى ثانيا وسير الالتهاب النخاعي الزمن وانتهائه يختلفان
اختلافا تاما فقد يسمر هذا المرض مدة سنين ومن المشاهد بكثرة انه يرتقي الى
درجة تامة يحصل فيه تقدم نحو الجودة أو الرداءة ومن المرضى من يمضي حياته
مع شلل النصف السفلي مباشر الاشغاله خصوصا بعض العلماء أو الشغالين
باشغال تخصص اليدين بدون التفات الى حالة الشلل والاحوال التي ذكر فيها
تحسين الشلل أو شفاؤه تناسب كما ذكرنا لالتهاب المصاعق الشوكي لالتهاب
النخاع نفسه حيث انه لا يقرب للعقل ان الاجزا العصبية المنفسدة في امتداد
عظيم تستعاض ثانيا والانتفاء بالشفا في الجروح القطعية للاعصاب لا ينشأ
ذلك والانتفاء باقوت هو الاكثر حصولا في الالتهاب النخاعي المزمن بعد
تصادى المريض على الفراش زمنا طويلا وهذا الانتفاء يحصل بالغصغرينا
الوضعية أو بالالتهاب المثاني الذي ينشأ من احتباس البول ان لم تملك المرضى
قبل ذلك بالدرن الرئوي أو بامراض طارئة أخرى

في المعالجة

في الاحوال المرضية الحديثة متى اعتدل بالاعراض الحمية وآلام الظهر
والآلام الدائرية وغيرها من ظواهر التهييج على ان التغير الانتفاني في النخاع
موجود بوصى باستعمال المعالجة المضادة لالتهاب القوية بواسطة
الاستفرغاث الدموية الموضعية المتكررة والوضع المسقر للثلاثة الجليدية على
العمود الفقري مع حفظ الراحة التامة وكذا الوضع المتكرر لجلهاز المحجم

الفخذي افيسينوس على أحد الاطراف السفلى قد يكون ناجما فيما اذا
استقرت الالام عقب الاستفرغات المذكورة ثم يحصل فيها تناقص عقب
وضع هذا الجهاز وكذا استعمال المركبات الزئبقية كالزئبق الحلو ولا سيما
الدلك بالمرهم الزئبقي المستقر حتى يحصل التاعب قد يحصل منه على فائدة
عظيمة في الالتهاب النخاعي الشوكي الحاد كما يحصل في غير هذا الالتهاب
من الالتهابات المهمة وذكر ررونسكار دان استعمال كل من الانروبين وست
الحسن نافع وذلك لانهما يحدثان تناقصا في الاحتقان بسبب تأثيرهما المحدث
لانكماش في الاوعية لكن لم يتأيد ذلك بتجارب غير من الاطباء ولا ينبغي
الاهمال في استعمال المحولات على القناة المعوية

وعند تقدم سير هذا المرض أوفى ابتداءه ان كان كامنا بطيئا لا تثمر
الاستفرغات الدموية ولا المهيجات على قسم الظهر المرض كالحرار يبق
والدلك بالمرهم المنفطة حتى يحصل الطفم بل تستعمل الوسائط الممدوحة
سابقا وهي المقص والحديد المحمي والحرار التي قل استعمالها في وقتنا هذا
وذلك لانها تعتمد الشك في نجاحها تكون مؤنة للمريض جدا لکن ينبغي
الالتفات لا تختار محل وضعها خصوصا عند مثل هؤلاء المرضى المجبورين
على الوضع المستلقي على الظهر بسبب الشلل وذلك لسهولة حصول
الغثاس في الوضعية عندهم وبعدها انتهاء المعالجة المضادة للالتهاب يمكن
بقصد سرعة الامتصاص استعمال بودور البوتاسيوم مدة اسابيع بل ومن
الجاتر تذكر استعماله لکن من المعلوم انه قليل الجدوى في الالتهاب
النخاعي وكثيرا في التهاب المصايب النخاعية

وعند ما يحكم من استقرار الظواهر المرضية على حالة واحدة بان دور
الالتهاب قد انتهى يجب الانتقال لاستعمال معالجة منبهة قوية بقصد
انتعاش وظائف النخاع التي خمدت وانحطت والكهر بائية التي هي المؤثر
القوي في معالجة الشلل كما هو المعلوم لم تكن تستعمل سابقا لافي الادوار
المتأخرة فانه يخشى من استعمالها في اثناء دور الالتهاب من ازدياد التهاب
ولكن في العصر المستجد قد صار استعمالها بالاقدر على صفة التيار المستمر
في الاشهر الاول من هذا المرض متى كان الالتهاب ذا سير من من من الابتداء

بل ونسب الحافى مثل هذه الاحوال تأثيره ضاد لالتهاب ومثل التجربة
بالمعالجة الكهر بائية المبادر بها تحتاج لاحتراس عظيم بمعنى ان يستعمل
في الابتداء ككهر بائية ذات تيار خفيف جدا حتى لا يكاد يدركه المريض
الاقليم لا يوقف استعمال هذه المعالجة متى ازدادت ظواهر التبرج وفي
الادوار المتأخرة لهذا المرض يستعمل لمضاربة الشلل المتخاف عنه
تيار كهر بائى قوى صاعد اغصير مؤلم كل يوم من دقيقتين الى خمسة مع
الاستمرار على استعماله جملة أشهر اذ قد دلت التجارب على ان التحسين قد
يحصل متأخر اجدا بعد قطع العشم من وقوعه فان معظم نجاح المعالجة
الكهر بائية واضح في احوال الشلل النخاعى

وأما الاستر يكين الذى كان يستعمل سابقا بكثرة فلا يستعمل الآن مع
الكهر بائية التى هي أقوى وأجود تأثيرا منه الابتداء ويجوز استعماله
عقب انطفاء الالتهاب في احوال الشلل المزمن الغير المصحوب بحركات
انعكاسية ومن الوسائط المنبهة المستعملة في هذا المرض الحمامات الحارة
التي يحرارها تحدث تأثيرا منبها من الدائرة للتركز على الاعضاء المركزية
بواسطة الاعصاب الجلدية ولذا تستعمل بكثرة في احوال شلل النخاع عقب
انتهاء دور الالتهاب مع العلاج وتستعمل اما الحمامات الحارة الاعتيادية
في الحياض ولا سيما المياه الحارة الطبيعية كالفد باد ونيپلتس وجاستين
ورجاتس ونحو ذلك وفي الاحوال التي فيها قابلية التنبيه قليلة تستعمل
المياه المحمية القلوية الفاترة كاريه ونوهين بل والحمامات العظمية وعند
ما توجد الانيميا وضعف التغذية ينبغي استعمال الغذاء المقوى والهواء
الجيد والسكينا والحديد وزيت كبس الحوت فانها تساعد في المعالجة ومن
الجيد كذلك تمرين العضلات الضعيفة بتحريك الاطراف والوقوف والمشي
أو بالتيار الكهر بائى المتقطع عندما يكون الشلل تاما لكن المبادرة
باستعمال ذلك في الالتهاب النخاعى الحاد كما ثبت ذلك بمشاهدات المالم لايدن
مضر وفي معالجة المرضى المصابة بمرض في النخاع ينبغي الاجتهاد في تجنب
حصول الغنغرينا الوضعية والالتهابات لشلل المشانة وتلطيف الآلام
الدائرية والتشنجات العضلية بواسطة المسكنات والحقن تحت الجلد بالمورفين

﴿المبحث الخامس﴾

(في النولات المرضية الجديدة)

(والطفيلية المتخاع الشوكي والثائفة)

النولات المرضية الجديدة بتدرج وجودها في القناة الفقرية بقطع النسظر
عن الصفحات الضرورية والعظمية من العنكبونية الشوكية التي سبق
الكلام عليها. أما النولات السرطانية التي يكون منسوجها نخاعيا فطريا
فهي إما أن تحصل حصولا أو بالقي المتخاع الشوكي أو الام الجافية أو انما تنشأ
من الفقرات وتغمد إلى النخاع والثائفة وعند نمو هذه النولات الحبيشة نمو
عظيم تكاد تغلظ القناة الفقرية عقب ظهور النخاع من الضغط الواقع
عليه أو استحالته إلى مادة سرطانية وقد تبرز إلى الظاهر وتصل إلى تحت
الجلد بعد فساد الفقرات وتلاشيمها - وأما الأورام اللحمية والدهنية
والليفية والعصبية فلم تشاهد في القناة الفقرية إلا في أحوال نادرة جدا
ومشاؤها يكون من الام الجافية وتكاد لا تصل إلى حجم عظيم مطلقا - وأما
الأورام الصغوية الزهرية فهي كأورام الدماغ الصغوية الزهرية فقد تصاحب
الداء الزهري البني وأما الدرن فلا يشاهد في النخاع إلا عند تقدمه في غير
هذا المضمون باقي الاعضاء ويكون على شكل عقد مصفرة من حجم البصلة
إلى حجم الفندقة ويجلس غالباً بالجزء العنقي من النخاع الشوكي أو بالجزء
الفقري منه وأكثر من ذلك مشاهدة الاستهالة الدرقية في الام الجافية على
شكل الارتساح الدرني صاحب الدور درني في الفقرات وأما الأورام
الحويصلية والايكيتوكية فلم تشاهد في القناة الفقرية إلا نادرا وهي إما
أن تتكون بين اللغائف الشوكية أو بجوار العمود الفقري فنشبهه ونفذ
في القناة الفقرية بعد تمسك الفقرات وتلاشي قنوانها

ثم إن أورام القناة الفقرية متى عظم حجمها تحدث انقطاعا في التواصل
العصبي بين المخ والاعصاب الدائرية ولذا ينتج عنها شلل النصف السفلي
وقد حساسة الأجزاء السكائنة أسفل مجلسها وكل من الشلل وقد
الحساسة يسبق بظواهر تهيج تارة خفيفة وتارة شديدة وذلك بحسب كونها
تحدث ماضورا في النخاع بالضغط عليه أو تهيجه فحدث تغيرات التهابية

في الاجزاء الكائنة حوله واختلاف مجامع هذه التولدات المرضية الجديدة
ينجم عنه اختلاف في الاعراض بالنسبة لامتدادها وكون التولدات المرضية
الجديدة في الخنازير الشوكي لا تصطبغ غالباً بالام شديدة في الظهر وبالعكس
ذلك يكثر اصطحابها بالام عصبية في الاطراف تسبق الشلل وكون هذا
الشلل يظهر غالباً في أحد الاطراف ثم يمتد بالتدريج الى الطرف الثاني
فما لا يرتكن اليه ولا يعتبر في التشخيص التمييزي بين أورام الخنازير والتهاب
المزمن وانما في الاحوال التي فيها يمتد السرطان من الخنازير الشوكي الى
الظاهر يكون التشخيص أكيداً وكذا ظهور السرطان أو الدرن أو
التولدات الطفيلية في غير الخنازير من الاعضاء يمتد الى الظن بوجود اورام
مماثلة لها تكونت في القناة الفقرية ونجم عنها بالتدريج شلل المصفا السفلي
في الحماله الرأعنة ولا سيما يعتبر ذلك ولا بد في الداء الزهري البني بالنسبة
لتشخيص الاورام الزهرية الصغية للخنازير وفي معالجة أورام الخنازير
لا يحصل على فائدة من استعمال المحللات بالنسبة للتولدات الجديدة وانما
يمكن الحصول على نوع فائدة بالنسبة للكائنات التي تحصل في مصابيا
الخنازير الشوكي عقب التهابات المزمنة بواسطة المهيجات الجلدية الشديدة
واستعمال بودور البوتاسيوم من الباطن أو البيناي مع الطيفية المحتوية
على اليود أو البيناي مع القاترة البسيطة أو المحمية أو القلوية وفي احوال
الاورام الزهرية الصغية للخنازير ونحوها يمكن الحصول على فائدة
عظيمة باستعمال المعالجة النوعية المضافة للداء الزهري وفي الاورام
الايكوكوكية التي تظهر في قناة الخنازير الى الخارج قد تستعمل معالجة
جراحية بل زعم بعضهم انه من الجائز اذا كان الورم ذا وضع جيد (اعني على
السطح الخافي من الخنازير خارج الام الجسافية) يمكن اجراء عملية ثقب
القناة الفقرية ونزع الورم بالاسلح ومع ذلك فمن الدائر ان يتيسر تشخيص
مثل هذه الحالة حتى تفعل هذه العملية بنوع أكيد وبالجملة فكل من
الالام الشديدة وشال المشانة والغثريتنا الوضعية المهددة يحتاج
لمعالجة مرضية لا ثقة

في البحث السادس

(في الاستسقاء النخاعي الخلقى المعروف بداء الحذبة)

للاستسقاء النخاعي الخلقى شكلان باطنى وظاهرى فالاول عبارة عن تجمع سائل مصلى في القناة النخاعية المركزية الجنينية وهذا السائل المتجمع يؤدى بطريق الضغط اما الى ظهور النخاع مهورا تاما حتى يتلاشى ويضعف بالكلية ويسمى ذلك (بالاميلى) أى فقد النخاع أو الى انشقاق النخاع انشقاقا تاما أو غير تام

وأما الظاهرى فهو عبارة عن تجمع كمية عظيمة من سائل مصلى في المسافة تحت العنكبوتية فى كلا هذين الشكلين يبقى العمود الفقرى منطبقا وهذا هو المعروف بالاستسقاء النخاعي الخلقى المنغلق أو انه يوجد انشقاق فى العمود الفقرى انشقاقا كثيرا الامتداد أو قليلا وهذا ما يسمى بالاستسقاء النخاعي الخلقى المنفتح أرداء الحذبة

ثم انه يوجد فى أحوال داء الحذبة كيس ممتلئ بمادة مصلية مغلف بالمهاديا الشوكية على مسير العمود الفقرى ومستطرق بالقناة الفقرية لوجود مسافة خالية ناتجة عن عدم تكوين قوس فقرى أو جله أقواس فقرية ويجلس هذا الكيس القسم الجعزى أو القطنى ويندر وجوده فى القسم الظهري والعنقى وحجمه يكون من الجوزة الى راس الطفل والجلد المغطى له تاره يكون حافظا لاوصافه الطبيعية وتارة ضامرا مسترقا أو زائلا بالكلية فى قمة الورم فيكون الكيس اذالك متعرياً وتظهر قمته متسلخة ويكون مغطى احيانا بقصص وتحمبات لحمية وجدر الكيس نفسه تتكون فى هذه الحالة من العنكبوتية والام الجافية اذا كان داء الحذبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الظاهرى واحيانا تنتفخ الام الجافية فتكون جدر الكيس حينئذ متكونة من العنكبوتية فقط وأما اذا كان داء الحذبة ناتجا عن الاستسقاء الشوكى الباطنى فالام الحنوننة هى التى تكون احدى طبقاته ومحصل الكيس يكون متكونا من مادة مصلية شبيهة بالسائل الدماغى الشوكى والنخاع الشوكى ينعدم بالكلية فى أحوال داء الحذبة الناتج عن الاستسقاء الشوكى الباطنى اما بالكلية أو يكون بالقل غير تام والنمو أو اذا كان داء الحذبة

نأتجابهن الاستسقاء الفقري الظاهري فقد يكون النخاع الشوكي على حالته
 الطبيعية وقد يكون غير تام النمو أيضا في مثل هذه الاحوال وكيفية حصول
 الاستسقاء النخاعي الخلقى وأسبابه مجهولة لنا ويظهر ان تجمع السائل
 هو التغير الابتدائي وعدم تمام تكون القناة الفقرية هو التغير الثانوي
 ثم ان اعراض الاستسقاء الفقري المحسوب بداء الحدة الجزئي تنحصر
 في العلامات المدركة التي يتصف بها الكيس المصل السابق ذكره وأما
 أحوال الاستسقاء الفقري المضاعفة بعدم غوى النخاع الشوكي وامتداد
 شق القناة الفقرية فلا تكلم فيها حيث ان الاطفال في مثل هذه الاحوال
 تمهلك قبل الولادة أو بعدها لا والغالب ان يحس في الورم بتورج واضح
 ويحس أيضا بجافته العظمية وهذا الورم يعظم حجمه في أثناء حركة الزفير
 ولا سيما في حالة الصراخ والزحير ويصغر في أثناء الشربق ويمكن رده
 احيا نالكنه يحصل للربض حينئذ يوب فقد في الادراك خفيفة أو تشنجات
 عامة وفي بعض الاحوال يكون الفعل العصبي للأطراف السفلى والمثانة
 والمستقيم على حالته الطبيعية وفي أحوال أخرى سيما التي يكون غوا الجزء
 الأسفل من النخاع فيها غير تام أو مفقودا بالكلية تكون الأطراف
 السفلى والمثانة والمستقيم منسلة وهذا الورم يأخذ عادة عقب الولادة بقليل
 في الازدياد والتورثر ثم ان اجرار الجلد المغلى له واسترقاقه وانتشاقه يحصل
 في أغلب هذه الاحوال عقب انتشاق الكيس مع حصول تشنجات عومية
 يعقبها كوما بل ويهلك معظم الاطفال وان لم ينتفخ الكيس عقب حصول
 التهوكة بحيث يندران تصل الاطفال المصابة بداء الحدة الى سن البلوغ
 أو تتعدى هذا الطور

ولا ينبغي التعرض لفعل ادنى عملية علاجية أو جراحية في الاحوال التي
 فيها يدل كل من تضافة الأطراف السفلى وشللها على عدم غوى النخاع وأما
 في الاحوال الاخرى فينبغي فعل عملية الضغط التدريجي اللطيف على
 الورم فان لم ينفع ذلك وجب الشروع في عملية داء الحدة المذكورة
 في كتب الجراحة

(المبحث السابع)

(في السهل التضاعى الشوكى)

(ويعرف باضطراب الحركة التدريجى للعلم دوشيز وبالاتصال السجائية)
(لاحقة التضاع الشوكى الخلفية وتيسر العلم ليدن)
(كيفية الظهور والاسباب)*

يوجد على العكس لبعض امراض التضاع التى تنتشر على جميع قطره
المستعرض ولوبكيفية غير مستوية امراض أخرى تقتصر بكيفية
متفاوتة على أجزاء محدودة من قطره المذكور وحينئذ تنشأ صور مرضية
واصفة على حسب اختلاف وظائف الاجزاء المصابة من التضاع فيعتبر كل
من الضمور العضلى التدريجى والشلل التضاعى فى الاطفال آفات موضعية
لاجزاء مخصوصة من النصف المقدم لقطره المستعرض بخلاف الاصابة
المرضية فى المرض الذى نحن بصدد

وبالنسبة لاسباب اضطراب الحركة التدريجى قد لا تعرف له أسباب واضحة
فى كثير من الاحوال ويظن غالباً ان منشاءه فى الرجال الافراط من الشهوات
التناسلية بل كثير من اطباء والعوام الى الآن يجهزون بذلك فالمرضى
المصابون بهذا الداء يرثى لحلم فاتهم مع ثقل مرضهم كثير اما يفتقدون
التأسف اياهم والرحمة لهم حتى من أقرب الناس اليهم ومن الحائزان
الافراط من تلك الشهوات كغيره من المؤثرات المنبهة المنهكة كالتيغوس
الثقيل والداء الزهري والادمان على السكر وكل من تكرار الولادة
والارضاع للنساء يساعده على حصول هذا المرض ولذا كان عند كثرة الافراط
من هذه الشهوات التناسلية مما الموبة الشهيرة بجلد عسيرة لا يحكم بان
هذا المرض نجم حقيقة عن تلك الموبة الا فى احوال استثنائية وخطأ
الظن بالمصابين بامراض التضاع الغالب ان منشاءه ككون الشهوات
التناسلية المنوطة بتأثير التضاع الشوكى اللاواسطى تتزايدى ابتداء
هذا المرض ثم تتفاقم أو تزول بالسكلية فيما بعد فكان منذ ذلك وضع
النتيجة موضع السبب والظاهر خلاف ذلك فان تأثير البرد الشديد
والمشاق الجسمية الثقيلة وتعب الاطراف الشاق بالمشى ونحو ذلك يحدث

بلا شك هذا المرض كما يحدث الانتهاب النخاعي سيما عند اجتماعها كما هو
الواقع في العساكر عند الحرارة والشغل في المياه وماعد ذلك بشاهد السل
النخاعي في جميع الطبقات من الجمعية الانسانية على اختلاف البنية ومن
المعلوم انه لا يتندر معرفة السبب المتم لهذا المرض بالسكية وهذا يدل على ان
الاستعداد البني غير المعلوم له دخل عظيم في منشأ هذا المرض وقد يوجد
في بعض الاحوال استعداد واضح يستدل عليه بوجوه هذا المرض أو غيره
من الامراض العصبية المزمنة كالشجنات الصربية والخونداريا
والامراض العقلية في احد عائلة المريض وينبغي الاحتراس من قبول قول
بعض المرضى ان انقطاع افراز عرق القدمين الاعتبارى هو السبب في
حصول هذا المرض لهم فان ما ذكر يكون غالباً نتيجة لهذا المرض لا سبباً له
ولا يوجد عند الاطفال استعداد لهذا المرض فان حصول هذا المرض
النادر يكون من سن الثلاثين الى الخمسين ثم لا يكاد يوجد والرجال أكثر
اصابة من النساء

(الصفات التشريحية)

في الاحوال الحديثة من هذا المرض لا توجد الا تغيرات تشريحية قليلة
وقد لا توجد بالسكية وأما الاحوال العتيقة فتكون فيها الاحيلة الخلفية من
النخاع الشوكي متضابقة جداً وضامة وذات هيئة سنجابية شفاقة قليلاً
وقوامها صلب (وتسمى بالاستحالة السنجابية أو التبييض السنجابي للاحيلة
الخلفية النخاعية الشوكية) ويكون الجزء المريض ذا شكل اسفيني قاعدته
الى الخلف نحو الام الحنون وتكون متفاوتة العرض وفي المحل الملاصقة فيه
لاحيلة الخلفية المريضة للمصايات تكون هذه الاغشية ملتهبة متكاثفة
ملتصقة بالنخاع وبذا يستدل من هذه المتحصلات الانتهاء السنجابية على
ان التغير المرضي في النخاع نفسه من طبيعة تجمعية التهابية ضمنية وليس
بمجرد ظهور وبالبحت المبكر سكوبي يتضح وجود تضامة في الاغشية
العصبية واستعمالها الى منسوج خلوي رقيق وأما الالياف العصبية التي
بينها فتكون مسترقة ولها ضامرا حتى اسطواناتها المركز يور بما كان
هذا الب مفقوداً بالسكية فتمحل محله مادة دهنية عبيبية دقيقة وجسيمات

نشوية وقد اختلفت الاراء في كونه المرض الاصلى ناشئاً من الاغذية العصبية أو من الالياف نفسها لكن وجود التغير المرضي قاصر في الغالب على الاحبله الخلفية يؤيد القول الثاني كما قاله شركو والاعبىة الدموية تكون احيانا غير متغيرة وتارة تكون طبعية الظاهرة متكاثفة مكابدة للاستحالة الشحمية وقطرها متضابقاً أو منسذاً بالكلية

وعلى مقتضى تجارب كل من المعلم شركو وبييرى لا يكون المصاب مطلقاً جزءاً من الاحبله الخلفية للتهضاع الشوكي بل أجزاء محدودة معينة وبذلك تنشأ الصورة المرضية لاضطراب الحركة التدريجي وهذه الاصغار ليست هي الاجزاء الاسفينية المركزية من الاحبله الخلفية المماسة بأحبله حول وان كانت تكاد تصاحب على الدوام بل توجد على رأى هذين المعلمين في شريطين جانبيين دقيقين متجابيين تصدأ اتحاداً نشريهما مع امتداد الالياف العصبية النضاعية الباطنة للجدوع الخلفية المعبر عنها بـ *الكوليكير* بالالياف الانسية بالجدوع النضاع فتنبس هذين الشريطين من الاحبله الخلفية هو التغير التشريحي الوحيد الملائم لاضطراب الحركة التدريجي بخلاف تنبس الاجزاء الاسفينية فلا يترتب عليه حصول هذا المرض

ثم ان التغير التنبسي الذي نحن بصدده قد عتد من الاحبله الخلفية الى اجزاء أخرى فكثيراً ما توجد الجدوع العصبية الخلفية متنبسة ضامرة بل واعصاب مختلفة كالعصب الوركي والفخذى والعصدي ولا سيما بعض الاعصاب الدماغية كالبحرى والمحرك للقلبة والبصرى وتحت اللسان وفضلاً عن ذلك فقد عتد التغير المرضي عن حدوده الاصلية نحو الظاهر الى القرون الخلفية من الجوهر السحجاني والى الاحبله الجانبية بل والى الامام نحو اخلية القرون المقدمة السحجائية ويتضح من ذلك أنه في مثل هذه الاحوال لابد وان ينضم الى الاعراض الاصلية للسل النضاعي اعراض مضاعفة على حسب وظائف الاجزاء المصابة ثم ان التغير المرضي قديمتدى باصغار معلومة من النضاع ثم يمتدى في الغالب على حسب المحور الطولى لهذا العضو لكنه يمتدى عادة بالقسم الشوكى القعاني ثم يصعد منه الى الشريطين الجانبيين من الاحبله الخلفية الى النضاع العنقي الى بعض

أعصاب الدماغ كما ذكرنا بل قد يشترك معه الدماغ نفسه في الإصابة المرضية كما يدل على ذلك وجود اضطرابات عقلية مع صفة الخمود ومن الجائز عكس ذلك أي أن إصابة الدماغ الأولية قد تعقبها إصابة النخاع الشوكي فقد يرهن (وستفال) على أن الشلل التدريجي الجنوني قد تصاب فيه الأجيلة الخلفية من النخاع بالنيبس

في الاغراض والسير

يعترض على المعلم دوشين ولا بد حيث لم يعرف اشغال رومبيرج ونجار به عند ما نشر رسالة في اضطراب الحركة التدريجي من جهة ومن جهة أخرى نعرف له بالفضل لكونه فخص عن هذا المرض بغاية الدقة فنشا من ذلك الرأي العمومي المقبول المنتشر الان القائل بان المهم في هذا المرض ليس الشلل في الحقيقة بل اضطراب الحركة العضلية وعدم توافقها وفي الدور الاول من هذا المرض تتكون الالام العصبية والثورات الحية الاغراض الوحيدة مسدة طويلة من الزمن فالالام العصبية منشأوها التهييج الالتهابي للجدوع الخلفية وامتداداتها نحو الجوهر النخاعي ويندر أن تبدأ بالاطراف العليا بل الغالب ظهورها في الاطراف السفلى والقديم وكثير اما تنضج في احدى الجهتين أكثر من الاخرى وتارة تكون عبارة عن احساس بنمل أو الام ممزقة أو جاذبة أو اخرزة وتارة وهو الغالب تكون عبارة عن وخز كهربائي وقد اعتبر شاركو ان هذا الاحساس الكهربائي الذي يحصل على شكل نوب تتردد بعد فترات أسبوعية أو شهرية ونشئ مدة الليل علامة واضحة لاصابة الشريطين الجانبيين من الأجيلة الخلفية للنخاع الشوكي اللذين هما المجلس الحقيقي لهذا المرض ومن المعلوم ان هذه الالام الصاعقة تشاهد في غير هذا المرض من امراض النخاع الشوكي لاسيما في التهابه الاعتيادي فهي تثبت في مثل هذه الاحوال ان الشريطين المذكورين مصابان مع النخاع ايضا ومن النادر جدا فقد هذه الالام الصاعقة في المرض الذي نحن بصدده فقد استمر

ثم ان الدور الاول من هذا المرض المبين بالالام فقط مختلف المدة فقد يستمر بجملة احوام بل في الاحوال التي فيها لا يتم اتصاله قد لا تظهر اغراضه الواصفة

بعد ذلك بالسكية وأما عند تقدم سيره فالالام الدائرة تمتد وتعتبر في الابتدا
 الاماروما تزيمة أو الاما عصبية محضة كعرق النسا وغيره فتصعد من الاطراف
 الى أجزا من الجسم اعلائها بحسب تقدم المرض في النخاع فيظهر الاحساس
 بضيق مؤلم في الجذع (أي الاحساس المنطقي) وأحيانا تحصل انقباضات
 مؤلمة في المستقيم والمثانة معصوبة بزحير مستقيمي أو مثاني أو يدق المريض مع
 الالتذاذ أو الاتصاب غير التام سائلا منويا أو افسرا زاصافيا أتيامن
 البروستاتا ومن حويصلات كويير ثم تظهر الام عصبية في اتجاهات عصبية
 أخرى للنصف العلوي من الجسم كاعصاب الذراعين والصفيرة العنقية أو
 فقرات التواحي الثلاثي وأما الالام الظهرية الاعتيادية وزيادة حساسية
 العمود الفقري والاجزا الرخوة المغطية لها بواسطة الضغط فلا يشكوها
 المصابون بالسل النخاعي الا اذا كانت الفروع الخلفية من الاعصاب
 الشوكية متجهة تهيجا شديدا والمصابون بهذا المرض لا يكون أول تشكيهم
 بالالام العصبية السابقة بل بالاحساس الواضح السريع الظهور بتمب
 الاطراف السفلى حالة المشي مع عدم تناقص في قوة الفعل العضلي حتى ان
 المعلم اسبيت ميز شكلا مخصوصا من السل النخاعي فيه يتضح في الدور الاول
 منه بدلا عن الالام الشديدة الاحساس السريع الظهور بالتعب السابق
 وهذا الاحساس يمكن توجيهه بالتزايد المرضي اقابلية تنبيه الجسود
 الخلفية فانه في الاحوال الصحية الفسبولوجية يتعلق الاحساس بالتعب
 بمعظم العمل العضلي فان كانت قابلية تنبيه الجسود الخلفية متزايدة كفي
 ولا بدأ قل مجهود عضلي في احداث عين هذا التأثير أي الاحساس بالتعب
 وعند تقدم سير المرض في هذا الدور يمكن ان يحصل تناقص حقيقي في
 الفعل العضلي وقد يظهر في بعض الاحوال عرض مهم كثيرا ما يتقدم في
 الظهور وهو نوب الام عصبية معدية تسهر رجلة أيام مع قئ مستعص والظاهر
 ان هذه النوب التي تحصل عادة مع تردد الالام الوخزية السابقة ذكرها
 متعلقة بتعيج الفروع الحساسة المعدية وهناك ظاهرة منقصة مهمة وان
 كانت غير ملازمة للدور الاول في هذا المرض وهي الاضطرابات الوظيفية

لبعض الاعصاب الدماغية بل قد يسبق الاضطراب في وظائف تلك الاعصاب
 بزمان متفاوت جميع اعراض هذا المرض والعادة ان تصاب الاعصاب
 المحركة لأقله كالمحرك المشترك والانسي ويندر اصابة الوحشي فيحصل تبعاً
 لضعف حركات بعض عضلات المقلّة ضعف في حركات المقلّة المتعلقة هي بها
 فيحصل الحول وسقوط الجفن واسترخاؤه وازدواج المريشات وضعف
 التكيف وما ينبغي الالتفات له كون اضطرابات حركة المقلّة هذه تظهر حالة
 تعاقب مختلفة ولومع استمرار المرض الاصل وتثاقله فقد تحسن أو تزول
 بالكلية ثم تعود وكثيراً (أقله في ثلث الاحوال) ما يظهر عند المصابين بالسل
 النخاعي ضعف في الابصار وقد يكون هذا عرضاً أولياً وهذا الضعف يبتدأ
 في الغالب بهين واحدة ويكون على شكل تضائق مركزي في اتساع مد
 الابصار مع شكل مخصوص أحياناً من الاكروماتيسيا (أي عدم تمييز الالوان)
 ويكاد ينتهي على الدوام مع التشاقل بفقد الابصار فقد اتانا عند الاهت
 بالمرارة العينية تظهر حدة العصب البصري المصاب بالتميس السنجاني غير
 شفافة بل متشعبة بالبياض ومحدودة بالدقة وأوعيتها قليلة الوضوح وأما
 باقى اعصاب الدماغ فتقل اصابتها بالتغير المرضي الذي نحن بصدده ومع ذلك
 قد شوهد في بعض الاحوال فقد في حساسية العصب التوأمي الثلاثي وشلل
 أضعف في حركات بعض عضلات الوجه وثقل في السمع لاحدى الجهتين
 وتعمر في الازدراد بسبب اشتراك اعصاب الاعضاء المنوطة بهذه الوظيفة
 والتسكلم مع المشقة أو اقامة عقب اشتراك العصب تحت اللسان في الاصابة
 وكذا سرعة النبض الدورية غير الحية وعدم انتظام حركات القلب وميل
 النبض للغرب المزودج يمكن نسبتها لاضطراب في العصب المخبر ولا يوجد
 حتى في هذا المرض متعلقة باصابة النخاع ومع ذلك فقد ذكر كل من ونسكل
 برغ وكليمنس وروزنتال وجود حركة حية متعلقة بهذه الاصابة وأما اشتراك
 الجزء العنقي من العظام الشبيهة اتوى فيدل عليه عدم انتظام شكل الحدقتين
 فقد شوهد في بعض الاحوال أن الجهة التي فيها تكون الحدة أكثر تضايقة
 ظواهير شال في الاعصاب المحركة الوعائية كما حرار الوجنة غير
 الاعتباري واحدة ان المقلّة واتفاسخها اتفاسخاً كدميا وارتفاع درجة
 حرارتها وكذا شوهدت ظاهرة مهمة وهي أنه في أثناء نوب الالام السابق

ذكرها المتعلقة بارتقاء دورى في تجميع الفروع العصبية المحركة الوعائية
وبالجملة فان المعلم شر كويعتبر الالتهاب المفصلى من جملة الظواهر المرضية
لاضطراب الحركة التدريجي الذي نحن بصدده وهذا الالتهاب عبارة عن
انتفاخ في المفصل غير مؤلم (ناجم عن نضح) وهو اما ان يزول بعد بعض اسابيع
أو أشهر ويعود المفصل لحالته الطبيعية (وهو الشكل الجيد) أو أنه يؤدي
لتشوه عظيم في المفاصل وأنواع خلخ مختلفة فيها عقب ثلاثى المضاريف
العظام (وهو الشكل الخبيث) وهذه الاصابة تظهر بكثرة في مفصل الركبة
ثم مفصل الكتفين ثم المرفقين ثم الحناصرتين ثم مفاصل البدل قد
تسرى الى المفاصل الصغيرة جدا واعتبر شر كوي هذه الاصابة المفصلية
شكلا قريبا من الالتهاب المفصلى الجاف أو المشوه انما يختلف عنه ببعض
خصوصيات ويعتبره ك بعض المؤلفين الفرنسيين نوع اضطراب غذائى في
المفصل متعلق باصابة القرون المقدمة السجائية من الخضاع الشوكى شبيه
بالضمور العظمى التدريجي فانه في غالب الاحوال ينشأ عن تغير مرضى في
هذه الاصفار من الجوهر السجائى بل وقد ينضم لاصابة المفصل بعض ضمور
عظمى تدريجي وقد شهدت حالة جديدة فيها قيل ان القرون المقدمة سامة
وان العقد النخاعية وجدت منتفخة واضحة التغير

ثم انه بعد اسمرار الظواهر السابق ذكرها زمانا متفاوتا ينتقل هذا الدور الى
الدور الثانى أى الواضح منه فتنظر أنديجيا اضطرابات في تكييف الحركة
وانتظامها بمعنى ان المريض يفقد قابلية فعل جملة عضلات مع بعضها فلا ينتج
عنها حركة منتظمة خاصة باجرائية معلومة ومن المعلوم ان مجلس المراكز
المنوطة بتكييف فعل العضلات وانتظامه ليس في الخضاع الشوكى بل في
القنطرة والخنج ولربما كان في الحدبات الاربعة النوامية ولذا كانت اصابة
تلك الاعضاء طعاب ولا بد باضطراب في تكييف فعل العضلات وانتظامه
لكر اصابة الخضاع الشوكى يمكن ان يفوق التأثير المنظم لتلك المراكز على
الخضاع المذكور ومن المعلوم أنه يوجد في هذا المرض تغيرات واضحة في
الاحبال الخلفية بهما ينقطع التواصل بين تلك المراكز والخضاع الشوكى وفي
العادة يتضح اضطراب الحركة ابتداء في الاطراف السفلى بحيث انه

يتضح مع حفظ القوة العضلية الاعتيادية سماعاً عند المشي السريع والجري
والالتفات ونحو ذلك عدم تأكد وتغير في انحاء الحركات وانتظامها بلذا
ان المصاب بهذا المرض يعيش متوتر اخافه او يتجاوز في مشيه محد الحركة
الضروري له فيرفع احدى رجليه بدون احتياج عند المشي الى أعلا في دفعها
أو يقدفها نحو الامام فيضعها مع التثاقل والبعث فينبثق يحصل في بعض
العضلات انقباض مسرور وكثير امان تكون حركة أحد الاطراف معوقه عن
الآخرى ولتنبيه على ان اضطراب الحركة التدريجي لا يوجد فقط في أحوال
السل النخاعي بل كذلك يكون في أمراض أخرى مختلفة فيوجد هذا
الاضطراب عند المصابات بالاستيريا والسكري وعقب بعض الأمراض
الحادة كالفنيريا والجذري والتيفوس ويوجد عادة عند المصابين بالسل
النخاعي زيادة عن اضطراب تكيف الحركة وانتظامها ضعف في الاحساس
لكن ذلك قد يكون غير واضح جزئياً فإنه تباين الاستنتاجات النفسولوجية
تكون الاحتمالية في توصيل الحساسية قليلة الجدوى بل المنوط بذلك هو
الجوهر السنجابي ومع ذلك فقد يحصل سبباً في الدور الأخير من هذا المرض
عقب اشتراك الجدوع الخلفية والقرون الخلفية السنجابية فقد واضح عند
في الاحساس ليس قاصر اعملى الجلد فقط بل يوجد أيضاً في العضلات
والمفاصل فمثل هؤلاء المرضى لا تحس عند الوقوف بمقاومة الارض وصلابتها
(فكانها واقفة على قطن أو بساط) ولا يميزون بين مس جلدهم بين الدبوس
أو راسه ولا يمكنهم تعيين الصفير المسوس وتظهر دائرة الاحساس متسعة
جداً عند البحث عن ذلك بطريقة فيشر وكذلك اضطراب مع حساسة
اللمس باقي صفات الاحساس بالضغط والاحساس بدرجة الحرارة واللم
وهناك ظاهرة مهمة كثيرة المشاهدة أيضاً وهي بطء سير التوصيل العصبي
بمعنى أنه يمضي زمن طويل بين تأثير أي مهييج وبين ادراكه (فيكون من جزء
من ثانية الى عدة من الثواني) وأما فقد حساسة المفاصل فيترتب عليه عند
المريض فقد الاحساس بالصلابة ولا سيما يترتب ذلك على تناقص الاحساس
العصلي (أعني قدما يسمى بالحساسية العضلية) اذ أنه ينشأ عن ذلك عند
ارتقائه لدرجة عظيمة سبب آخر يعوق الحركة الارادية فان المريض حينئذ

لا يدرك حالة العضلات ان كانت منقبضة أو مسترخية ومن المعلوم ان الحركات المعيبة سواء الناتجة عن اضطراب تكيفها أو انتظامها أو عن فقد حساسية العضلات يمكن تعديلها بواسطة الابصار ولذا ان أمر المريض المصاب بهذا المرض بغلق عينيه وامتنعت مساعدة الابصار صار مشيه أقل تمكنا وعند الوقوف مع تباعد الفخذين يحصل عنده ارتجاج وهتزاز يكاد يسقط منهما ومع ذلك فالظاهر ان فقد حساسية الجلد والعضلات لا تحدث اضطرابا واضحا في الحركة في جميع الاحوال وقد شرح نيماير وشبيت حالة مهمة من هذا القبيل وهو ان المريض كان معتريه فقد عظيم في الاحساس بحيث لم يحس بالاصابات الجرحية الثقيلة ولم يعلم ان كان في ماء بارد أو ساخن وعند وضع افعال على اطرافه الى ٣ رطل لم يدرك ثقلها وعند رفعها لم يحس بالفرق بين رطل وعشرة وعند غلق عينيه لم يدرك ان كانت اطرافه في حالة انبساط تام بالتيار الكهربائي الشديد أو في حالة انقباض وكان المريض يسقط على الارض متى غلق عينيه سواء كان واقفا أو جالسا على كرسي مثلا وما كان يدرك الاحساس بمقاومة فراشه بحيث انه في الليل عند انطفاء النور كان عنده احساس كأنه متعلق في الهواء ومع ذلك فهذا الشخص لم يشاهد عنده ادنى اضطراب واضح في تكيف الحركات العضلية وانتظامها فما كان يماثل باقي المرضى المصابين بهذا المرض وما دام الضوء كان يمشي بانتظام ويقطع مسافات بعيدة بدون تسكاه على نحو عسا

وأما الدور الثالث أي الشلل لهذا المرض فيعني به الدور الأخير منه الذي فيه طبقا لطبيعة هذا المرض الأخذ في التقدم لا تتماقل وتمتد معظم الاعراض فقط بل يظهر افة مع الوضوح في بعض الاحوال شلل حقيقي ولو غير تام في الاطراف مع ظواهر اضطراب الحركة التدريجي وهذا الشلل يدل على امتداد التغير المرضي من الاحبة الحلقية للنجاع الشوكي الى الاجهزة المحركة له غير المشتركة في الاصابة حقيقة في هذا المرض كما يشاهد عقب امتداد التغير المرضي على القرون النجائية المقدمة ضمور عضلي تدريجي ينضم للمرض الذي نحن بصدده والحكم على تشخيص مثل هذه الاحوال غير النقية صعب للغاية ان لم يعرف تاريخ المرض من الابتداء ومع ذلك فن الجائز

عند المصابين باضطراب الحركة الذين لم يمكنهم المشي بسبب طرقة الشلل
عندهم معرفة طبيعة اضطراب الحركة فوفاً بكون المرضى في الوضع
المستلقي على الظهر مثلاً يمكنهم تحريك الأطراف الضعيفة

ثم إن سير السل التضاعفي يختلف جداً بحسب الأحوال وذلك لسكون بعض
الأعراض السابقة يتضح جداً في بعض أزيد من الأخرى وظهور بعضها
بسرعة وبطء اتضاح البعض الآخر أو فقدده بالكلية أو لكون
بعضها يتشاكل بسرعة أو يبقى على ما هو عليه زمناً طويلاً وما يتسبب
أحياناً ولذا تكون أحوال هذا المرض مختلفة جداً ومتغيرة فبعضها بحيث
يندر تطابق حالتين تطابقاً تاماً بل كل حالة يتضح فيها ما لا يتضح في الأخرى
والظاهر أن الشفاء التام المستقر في هذا المرض لا يتصور إلا في الأحوال
التي فيها لا يكون التيبس غير متقدماً في الدرجة بل وفي الدور لا ابتدائي لهذا
المرض يندر حصول الشفاء التام تبعاً للرأى المؤلفين المختصين بالأمراض
العصبية ومع ذلك فقد زعم يندر كفاً أن الشفاء كثير الحصول في الأحوال
الابتدائية لهذا المرض وإن ندرة ذلك كرمثل هذه المشاهدات إنما هو ناشئ
عن عدم معرفة هذا المرض عندهم وضوحه لا سيما مع كثرة الاعتقاد
خطأ بأن هذا المرض غير قابل للشفاء بحيث إن الأحوال التي تشفى منه لا تعد
منه وغلب كل حال فكثيراً ما تشاهد أحوال تشفى شفاء غير تام وذلك بأن
الأعراض يحصل فيها وقوف مسفر من حيثية درجتها وامتدادها فتبقى
على حالة مطابقة مدة الحياة لكنه في معظم الأحوال يحصل ارتفاع مسفر في
هذا المرض كما ذكرنا ولو أنه يحصل تحسن وقتي في بعض الأعراض ووقوف
وقتي في المرض قديماً بجملة سنين وعند تقدم سيره قد تصاب الأطراف
العليا أيضاً لكن ليس دائماً فيعقب التشلل الابتدائي والآلام العصبية
في الذراعين واليدين اضطراب في حركة القبض بالسدى والكتابة وشغلها
المعتاد ثم يحتاج المريض فيما بعد مساعدة غيره عند اللبس مثلاً وهناك
أحوال استثنائية فيها تتقدم إصابة الذراعين وتكون تامة عن إصابة
الرجلين بل وبعض الأطباء وهو (ريماك) ميز لهذا المرض في الأحوال
التي فيها تدل الأعراض الواضحة على أن مجلس المرض في أجزاء عالية من

النخاع أو الأعصاب الدماغية أشد كالإخلاف الأشكال الاعتيادية لهذا المرض وسماها بالسل النخاعي العنقي أو القاعدي لكن الغالب أن تسكون أعراض هذا المرض مختلطة ومختدة مع بعضها بحيث أنها تدل على إصابة أصناف مختلفة كاجزاء النخاع السفلي وبعض الأعصاب الدماغية ولذا لا يجوز تمييز أشكال لهذا المرض مبنية على اختلاف المحل المصاب

ثم إن السل النخاعي ولو أنه من ضمن الأمراض المستطيلة جداً إلا أن مدة الحياة به تقصر ويقع الانتهاء المحزن في مدة من خمس سنين إلى عشر ومن النادر أن يتأخر عن ذلك لكن قد يكون سير المرض سريعاً جداً والتغير المرضي شديداً بحيث أن أعراضه سيما اضطراب الحركة تتقدم بسرعة فيحصل الموت كذلك وفي الدور المتقدم من هذا المرض قد تصير حالة المريض في تسكدر عظيم فإن تغذية جسمه التي استقرت جيدة زناً طويلاً تأخذ في التغير فتضمحل الأطراف وتصير الأقدام أودجاً موية ويزول الضعف التهيبي للوظائف التناسلية ويحل محله فقد البقاء التام وتضطرب وظيفة كل من البول والغائط وبضعف الاحساس بالكيفية السابق ذكرها وينطفيء البصر وتضعف الحركة بالكلية بواسطة الاضطراب والشلل - ويندر أن ينشأ الموت من شلل في عضلات التنفس مع نوب عصر فيه وكذلك في الغنغرينا الوضعية أو الالتهاب المثاني التقرحي كما هو الغالب في الشلل النخاعي كما سبق بل الغالب أن يكون سببه وقوع المرض في السل الرئوي كما ثبت في تقاويم كل من سيون وتوينار أو يكون سبب الهلاك مرضاً حاداً يطرأ عليهم كالإماتة الرئوية أو الشعي الثقيل حيث يظهر أن مقاومة المصابين بهذا الداء قليلة

وتشخيص رئيس الاحتمال الخلفية من النخاع في الأحوال الواضحة النفسية سهل وإن كلاً من آلام الأطراف التي تتردد على شكل نوب هي وآلام اليدين والتعب الصرع والنوب المعسدية المؤلمة وشلل عضلات العينين واضطراب البصر مع التغيرات المدركة بالمرآة العينية ولا سيما اضطراب الحركة الذي يتقدم تدريجاً يكسب هذا المرض هيئة خاصة وعند إصابة الخنجر بصير مشي المريض اهتزازاً غير أكيد سيما عند غلق عينيه وكذلك

فحصل له نوب دوار وجبثا نظرا ظواهر مرضية غير اضطراب المشي
تدل على اصابة المخيخ كالمقعدوى الممحبوب بالقى وتشجات صرعية
أو شلل نصفي جانبي ونحو ذلك وأما الآلام الواخزة والتعب السريع للأطراف
التي يبتدأ المرض بها والاحساس المنطفي وفقد الحساسية فتفقد وأما
ضعف الابصار أو فقدته فلا تشاهد فيه فقط بل كذلك في أمراض المخيخ والمخ
ولذا كان اضطراب الابصار وحده غير كاف في التشخيص غير أنه يمكن
الاستدلال بالمرآة العينية على أن الحلة البصرية مكابدة للضوء الخاص
بهذا المرض أو معتريها التغير الخاص بالاورام الدماغية الدائري عن التهاب
العصب البصري وما يتخلفه من الضمور وكذا البحث عن قابلية الانقباض
العصلي الكهر بائي لا يرتكن اليه في التشخيص فان قابلية تنبيهه
لعضلات قد تكون متزايدة أو طبيعية أو متناقصة ومع ذلك فلا تكاد توجد
متناقصة تناقصا عظيما في الدور الاول من هذا المرض بل تكاد دائما تكون
متزايدة فيه بخلافها في أمراض الفخاع الشوكي لاسيما في حالة التهابها فانها
تكون متناقصة من الابتداء عادة وقد يعسر تشخيص هذا المرض سيما في
دور عدم اتضاحه الذي فيه تختلط الآلام الدائرية بالآلام عصبية ذاتية
أو غير هامة من الآلام التي تحصل من الاصابات الروماتيزمية والبوخذارية
والاستيرية والزهرية والأحوال غير الواضحة التي فيها لا تكون الاحبة
الحلفية هي المصابة وحدها بل مع غير هامة أجزاء الفخاع الشوكي على
اختلاف وظائفها

المعالجة

من النادر أن تعرض للطبيب أحوال تكون حديثة وحادة بحيث يرجح
التجراح من المعالجة المضادة للالتهاب بواسطة الاستفراغات الدموية
الموضعية على الظهور أو حول الشرج والمخولات على القناة المعوية
والجلد وبواسطة الراحة التامة والحمية الجيدة وعند تقدم سير هذا المرض
يجب على المريض صيانة نفسه وعدم التعب والافراط من المأككل
والشهوات النفسية وقد حصل محل رأى الشهير روبرغ المنتشر القائل بأن
كل واسطة علاجية في هذا المرض لا فائدة فيها فضلا عن كونها مضرة

رأى آخرى العصر المستجدا جود بالنسبة لنفع الوسائط العلاجية في هذا المرض فان تجارب المعلم يمالك وبندبكت وغيرهما قد أثبتت بدون شك ان استعمال التيار الكهربي في المستر في غالب الاحوال ينفع عنه تحسين وقتي متفاوت الوضوح في اضمار اب الحس والحركة سيما في السنين الاول من هذا المرض قبل ظهور الازياء العصبية بل وفي قليل من الاحوال قد ينفع عن استعماله وقوف تام ستة رجلة سنين بل وشفا تام ظاهري وفي أحوال نادرة غير متقدم فيها المرض يحصل شفا تام مستر ويستعمل التيار المستر الذي تكون قوته على حسب حساسية المريض بطول العمود الفقري على اتجاه نازل مدة ثلاث دقائق أو خمسة وفي الدور المتقدم من هذا المرض أى متى حل محل ظواهر التميح الحذر أو اضطراب الحركة أو ضعف العضلات وجب استعمال التيار على العمود الفقري والاعصاب مع السكن لا يستعمل بقوة حتى لا يحدث تنبها زائدا يعقبه خلود وشلل عضلات الاربين والعواصر والعضلات المتوزع فيها أعصاب دماغية قد يستدعى معالجة موضعية مخصوصة ولا يمكن تحديد زمن المعالجة بالكهربائية فانه في بعض الاحوال قد يظهر تأثيرها الجيد بعد زمن قريب ويتضح التحسين وأحيانا لا يحصل هذا التحسين الا بعد مدة طويلة جدا من سنة الى أكثر

وزيادة عن استعمال الكهرباء قد استحصل في العصر الاخير على فوائد عظيمة باستعمال المعالجة المائية ومع الاصابة بها يلزم الحذر من استعمال الطرق القاسية للمعالجة بالماء البارد فقد ينفع عنها ضرر عظيم بواسطة تنبيه الشديد والطرق الجيدة في استعمالها هي ذلك بلطف بالماء البارد الذي يكون درجته من ١٦ الى ١٨ رومير والتغليف بالملاآت المبتلة بة والحمامات العمومية والنصفية التي يكون درجتها من ٢٠ الى ٢٤ ومدة الاستعمال من ٥ دقائق الى ١٠ وينبغي استعمال هذه الطريقة في الاحوال غير المزمنة جدا لاسيما حين لم تجدد الكهر بائية نفعاً وأما الحمامات المائية التي كانت تستعمل سابقا في هذا المرض لاسيما مياه مناسيع شاتيد بادو ولباد وجستين ونحوها وكذا المياه الفاترة القلوية سيما مياه ريمه ومرم بادو ورسلباد وتبلتن التي كانت تفضل في الاشكال الضعيفة

غير المؤلمة فقد رفضها الآن الاطباء المختصون بالامراض العصبية لم
يعتبرون ان مياه الحمامات الفازرة جدا مضرة ولا تستعمل الا بدرجة ٢٦
لاجل مقاومة بعض الاعراض وتلطيفها كالالام العصبية والاعتقالات
العضلية ولتحوذ ذلك واما الادوية المستعملة في الباطن لاسيما نترات الفضة
الموصى به من المعلم وندرلش فهو كثير الاستعمال بمقادير صغيرة من ٤
سنتجرام الى ٥ على هيئة حبوب يعطى منها ثلاث مرات في النهار حتى
يستوفى منه من جرامين الى ثلاثة وهذا الجوهر الدوائي لا يحصل منه على
فائدة الا في بعض الاحوال غير المتقدمة جدا واما بودور البوتاسيوم
المستعمل بكثرة ايضا فلم يثبت ان كان يحصل منه على فائدة في الاحوال غير
الناشئة عن الداء الزهري ام لا وكذا الارجوتينوزيت كبداخوت فلم
تظهر له فائدة وقد ذكر المعلم روزتسال انه تحصل على فائدة عظيمة من
استعمال برومور البوتاس في الاحوال المصحوبة بزيادة في التقيح الانعكاسي
وبضجر عصبي وآلام مخيرة وتشنجات عضلية وتنبهات تناسلية وعند
وجود آلام شديدة يستعمل المورفين اما من الباطن او الحقن تحت الجلد
والحمامات الفازرة واستعمال الكهربية وعند وجود الارق المستمر يستعمل
السكرورال الادرائي

الفصل الثالث

(في امراض الاعصاب الدائرية)

* (المبحث الاول في التهاب العصب)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات الغذائية الالتهابية نادرة الحصول في الاعصاب الدائرية وتصيب
تارة الالياف العصبية نفسها وتارة الغمد العصبي فالشكل الاول يعتبر التهابا
جوهريا ويوئتهى بفساد اللب العصبي واستحالة الى مادة جينية رقيقة
شحمية واما الشكل الثاني فغيبه يكون نضج بين الحسلا ياغموم منسوج
خلوى جديد التكوين به يحصل ثخن عظيم في الغمد ويندران ينتهي هذا
التهاب بالتقح وسنتكلم فيما بعد على الاحتقان المنتشر للغمد العصبي
الذي شوهدا حيا ما في احوال التيتنوس في بعض الاعصاب المجروحة

بدون تكون نضج التهابي فيها
 واكثر الاسباب الممنعة للالتهاب العصبي الاصابات الجراحية للاعصاب
 لاسباب جرحها والوخز والرض والجروح المزقية وفي بعض الاحوال بنشأ
 الالتهاب العصبي من امتداد التهاب الاعضاء المجاورة الى الاعصاب
 وهناك أحوال نادرة شوه حصول الالتهاب فيها حصولا ذاتيا وبسمى
 حينئذ بالالتهاب العصبي الروماتزمي

§ الصفات التشريحية §

التهاب الغمد العصبي يعرف باحمرار كثير أو قليل متعلق اما بامتلاء الاوعية
 بالدم أو بانسكايات دموية صغيرة ويكون الغمد العصبي مع ذلك مسترخيا
 منتفخا رطبا وعند ما يكون سير الالتهاب العصبي حادا مؤد بالانقيح يشاهد
 القيق بكية عظيمة أو قليلة في المنسوج الخلوي الهش المحيط بالاعصاب
 وعند ما يكون سيره منمنا يكون الغمد العصبي ثخينا متمسكا ثقا ذا هيئة
 ندبية ملتصقا بالتصاقا متينا بما حوله وأما التهاب اللب العصبي فيعرف
 باحمراره وانتفاخه ورخاوته وفي الاحوال الشديدة من هذا الالتهاب
 يستحيل الى عجيبة جراء وفي الغالب يشترك مع الغمد في الالتهاب وحينئذ
 تكون حزم الالياف العصبية متباعدة عن بعضها بسبب انتفاخ
 غمدها ووجود نضج التهابي بينها وفي بعض الاحوال يحصل امتصاص في
 اللب العصبي من العصب الملتهب ولا يبقى منه الا أثر حبل متكون من
 منسوج خلوي

§ الاعراض والسير §

اعراض الالتهاب العصبي لا يمكن تمييزها عن اعراض الالتم العصبي تمييزا
 واضحا وبعبارة أخرى الالتهاب العصبي من جملة الاسباب المختلفة المحدثه
 للالتم العصبي فالعرض الرئيس له هو ألم يتبع سير العصب الملتهب وينتشر
 ويتشعع على مسير تفرعاته الدائرية وهذا الألم يزداد عند الضغط على
 العصب الملتهب ولا يظهر فيه ثورات ولا انحطاط واضح بل ولا نوب
 وقتران واضحة كما في أشكال الالتم العصبي وعند وجود هذا الألم ينقص
 احساس الماس في الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتهب وهذه الظاهرة

وان كانت ترى غريبة عند التأمل السطحي الا انها سهلة التوجيه فان
التنبية المرضى في جذع العصب الملتهب الذي يحدثه التغير الالتهابي في
اللب العصبي أو العمد يمتد الى الدماغ فيفتح عنه الاحساس بالآلم الشديد غير
ان الصغر الملتهب من العصب نفسه يكون موصلا غير جيد لهذا التنبية ولهذا
ترى ان المهيئات المؤثرة على الانتهاء العصبية الدائرية والحلمات العصبية
الحساسة لاتصل بكيفية تامة الى الدماغ أو لاتصل اليه بالكلية فلا تحدث
حينئذ الاحساسا غير واضح أو انه لا يتج عنها احساس بالكلية وفي
الابتداء يحس المريض في الاجزاء الدائرية من العصب الملتهب بتسمل
أو خدر ثم ان لم يتحلل الالتهاب تفقد هذه الاجزاء حساستها بالكلية فلا تثر
من المؤثرات الظاهرة مع الآلام التي لم تزل مسفرة على شدتها وان كان
العصب الملتهب محتويا على الياف محركة انغمز الآلام انقباضات
عضلية مع ان قدرة المرضى على فعل انقباضات عضلية ارادية تتناقص
أو تفقد بالكلية وهذا الامر مبني أيضا على التهييج المرضى في الالياف
العصبية المحركة الناتج من الصغر الملتهب مع فقد قابلية توصيل التيارات
العصبية لهذا الجزء وان كان العصب الملتهب سطحي الوضع امكن ان يحس
به على هيئة حبس صلب ويشاهد الجلد المغطى له مجرا احمرارا قليلا
أو ذميا ويا والحى تفقد في غالب الاحوال التي فيها لا يوجد التهابات سوى
الالتهاب العصبي

وسير الالتهاب العصبي يكون إما حادا أو مزمنًا فكلما كان سيره حادا
واعقب الآلم العصبي ضعف الحساسية أو شلها أو انقباضا عضليا ساغ الحكم
بان مجموع هذه الاعراض تنبع عن الالتهاب العصبي وفساده وفي الاحوال
التي فيها يتحلل الالتهاب يبقى العصب زمنا طويلا غير قادر على تقيم وظائفه
وأما اذا كان سيره مزمنًا فانه يحصل كذلك ضعف الحساسية أو شل متى كان
العصب منقعدا السكن ان بنى الجوهر العصبي محفوظا واعتراه فقط ضغط
مسفر من جهة العمد المنتفخ المتيسر اعترى المريض آلام عصبية
أو انقباضات عضلية تشبه في الاجزاء المتوزع فيها العصب الملتهب مدة
سنين عديدة

﴿المعالجة﴾

ينبغي ابتداء اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية كخراج الاجسام الغريبة
الواخزة النافذة في العصب الملتب ومعالجة التهاب المنسوجات المجاورة
له بغاية الدقة ومع ذلك تستعمل الاستفرغات الدموية الموضعية كارسال
العناق أو المحاجم التشريطية على طول العصب الملتب ووضع الكمادات
الباردة مع تكررها واستمرارها وان طال مدة المرض وكان وضع العصب
سطحيا وجب ذلك بالمرهم الزئبقي على الجلد المغطى له وان كان الالتهاب
العصبي شديدا استعملت المصرفات القوية بواسطة الحرارة في المقص في
الاحوال المستوجبة لذلك أو بواسطة الكي بالحديد المحمي كيا سطحييا
نظما وان بقي العصب بعد قطع سير المرض غير منفسد ومضطربا في وظائفه
وجب استعمال التيار الكهربائي لاجل اعادة قابلية تنبيه العصب الى
حالتها الطبيعية بواسطة التنبيه الكهر بائي المنتظم المتكرر

﴿المبحث الثاني﴾

(في الاورام العصبية)

(المعروفة بالنيروم)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاورام العصبية عبارة عن تولدات تنشأ امان الاغماذ العصبية أو من
الالياف العصبية نفسها فتكون امان منسوج خلوي جديد التكوين
أو من الالياف العصبية نفسها وقد ميزت الاورام العصبية المتكونة من
الالياف العصبية أو التي يغلب في تأليفها هذه الالياف العصبية عن
الاورام المتكونة عظمها من منسوج خلوي ومهيت الاولى بالاورام
العصبية الحقيقية والثانية بالغير الحقيقية غير ان لهذا التمييز أهمية
تشريحية مرضية فقط لا اكلينيكية

واسباب الاورام العصبية مجهولة وتشاهد في الذكور والاناث وفي
جميع اطوار الحياة على حد سواء والقول بان جروح الاعصاب ينشأ عنها
اورام عصبية ليس ثابتا ولهذا الاورام بعد امتصاصها ميل للكسات

﴿الصفات التي تشر بحية﴾

الاورام العصبية تظهر على هيئة تولدات مستديرة وبيضاوية تابعة لسير العصب ذات قوام يابس مرين ومحاط بغمد ليفي وحجمها من حبة الدخن الى قبضة اليد بل ازيدو بحسب كون الجوهر السكاث بين الالياف العصبية ليفيا او عصبيا او مخاطيا قدميز ورجوف الاورام العصبية الى ليفية وعصبية ومخاطية وتشمل زيادة عن المانسوجات السابق ذكرها على نحو ويغ صغيرة ممتلئة بسائل ومجلس هذه الاورام اما على جانبي العصب او تنشأ من باطنه وبحسب اختلاف مجلسها يختلف عدد الالياف العصبية المختلطة معها والمحيط بها وكثيرا لا عصاب مجلسا لهذه الاورام الا عصاب الشوكية ومع ذلك فهناك مشاهدات تدل على وجودها في العصب السني اتوى اولى الاعصاب الدماغية لاسيما العصب السمعي والعادة ان يوجد ورم عصبي واحد لا يكون حجمه بنسبة العصب الناشئ منه وقد يوجد منها عدد عظيم في عصب واحد وهناك احوال أخرى تشهد فيها عدة من الاورام العصبية ناشئة من اعصاب مختلفة ويظهر ان الاورام الصغيرة المتحركة تحت الجلد المائلة جدا المسماة بالدرن المؤلم من جملة الاورام العصبية ولولم يثبت ارتباطها بعصب جلدى ولم يوجد فيها ألياف عصبية

﴿الاعراض والسير﴾

الاورام العصبية الدائرية التي يمكن معرفتها تنضح بظهور ورم مؤلم كثير المقاومة او قليلا مرين ومجلسه على سير أحد الاعصاب الجلدية وليس له غالبا الا حركة جانبية ومغطى بجلد غير متغير ولم يتشع من هذا الورم الى دائرة العصب وتفرعاته الا تمثائية وهذا الالم لا يكون مسمر ابل ذا نوب وقترات وبتزايد ازدياد اعظما لا يطاق بادق ضغط على الورم ولو باحتكاك الملابس كما أنه يزداد أيضا بالحركة وتأثير البرد وغير ذلك من المؤثرات التي تثير الالم وقابلية التوصيل العصبي يعقرها تغير في الورم العصبي كما ذكرنا ذلك في التهاب العصبي بحيث ينضم للالم الاحساس بالثقل والتدريم مع ضعف حساسية اجزاء الجلد المتوزع فيها العصب المريض ويندر ان ينبج عن تغير الالياف العصبية المحركة انقباضات تشنجية أو شلل - ثم ان تشع الالم من العصب المريض الى الاعصاب المجاورة له والاضطرابات العصبية المنتشرة

التي تصاحب التغير العصبي الموضعي أحيانا توجد في كل من الاورام
والالتهابات والالام العصبية على اختلاف منشأها وسنتكلم على
ذلك في المبحث الآتي ثم ان الورم العصبي ينمو وغوا بطيئا وبعد وصوله في
العظم الى درجة ما يبقى على حاله وهو من الامراض المؤلمة جدا التي
بأحداثها الاضطراب في نوم المريض وراحته يمكن ان تؤدي لنهوك عظيمة
وهذه الظواهر المذكورة توجد بالخصوص في الاورام العصبية الصغيرة
الجسم المنفردة مع انها تفقد في العظم منها والمتعدد بحيث يمكن ان تفقد
جميع الظواهر المدركة للمريض في الحالة الاخيرة ولا يمكن تشخيصها
الا بالعلامات الحسية

﴿ المعالجة ﴾

لا يمكن تحليل الاورام العصبية بواسطة المعالجة الدوائية فالواسطة
العلاجية المحررة الموصى بها هي الاستئصال فقط

﴿ المبحث الثالث ﴾

(في الآلام العصبية)

حيث ارتسكنا الى الآن في شرح الامراض وتقسيمها الى التغيرات
التشريحية الخاصة بها فلا يسوغ لنا شرح الآلام العصبية وجعلها امراضا
مستقلة مثل التهاب العصب والاورام العصبية فان الآلام العصبية
عبارة عن مجموع اعراض لا تتعلق بتغيرات تشريحية دائمة ولكن حيث
لا يثبت في غالب الاحوال الآلام العصبية وجود تغيرات تشريحية وان
وجدت احيانا فانها لا تكفي في توجيه الالم العصبي التزمنا ان نضرب صفحا
عما ذكر ونشرح الآلام العصبية في مبحث منفرد على حدته كغيرها من
امراض المجموع العصبي التي لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مدركة

﴿ كيفية الظهور واسباب ﴾

كل احساس بال ألم ينشأ بالكيفية الآتية وهو أن كل تنبيه يحصل في
الاعصاب الحساسة بواسطة مهيج شديد غير طبيعي يمتد الى الدماغ
فكذلك الاحساس بال ألم المعبر عنه بال ألم العصبي ينشأ عن تنبيه الاعصاب
الحساسة وامتداده الى الدماغ وحيث كان كذلك فتمييز الالم المنسوب للآلام

العصبية عن غيره من الاحساسات المؤلمة يكون مبنيا فقط على ان تنبيه الاعصاب الحساسة في الآلام العصبية يحصل اما بهيجات أخرى أى غير المهيجات المحدثة للآلام عادة أو بتأثيرها على اصفار أخرى من الاعصاب الحساسة خلافا لما يحصل فى باقى اشكال الآلام فمثلا ان احدث رض أو ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها أو غير ذلك من المؤثرات المرضية التى تؤثر على الانتهاءات الدائرية للاعصاب احساسا بالآلام أو نشاء هذا الاحساس عن التهابات أو غيرها من التغيرات المادية للجلد أو الأغشية المخاطية أو الأعضاء الجوهرية لا يسوغ تسمية هذا الاحساس المؤلم بالآلام العصبية لكن ان لم يمكن اثبات تأثير هذه المؤثرات الملهجة على الانتهاءات الدائرية للاعصاب بحيث لا يسوغ اعتبار تأثيرها سببا للآلام الموجود أو عدمه من القريب للعقل ان تأثير السبب الملهج وقع على جذع العصب لا على الانتهاءات الدائرية جاز تسمية الآلام المنتشرة فى الانتهاءات هذا العصب الدائرية بالآلام العصبية واشهر مثل للآلام العصبية الذى فيه يحصل الآلام فى تفرعات احد الاعصاب بدون تأثير سبب ملهج مدرك يؤثر على نفس هذا العصب أو على الانتهاءات الآلام الشاغل للعصب فوق الحاجز الناتج عن التسمم الاجامى وللشكل الثانى الذى فيه تكون الآلام المنتشرة فى الانتهاءات أحدا لاعصاب ناتجة بلا شك عن تأثير سبب ملهج مدرك فى جذع العصب الآلام العصبية الوقتى للعصب الزندى الذى ينتج عن رض هذا العصب فى المرفق ومن القريب للعقل أيضا فى الاحوال التى فيها لا يمكن ادراك تأثير السبب الذى أثر على العصب ولا مشاهدته (كما فى الآلام العصبية الناشئة عن التسمم الاجامى مثلا) يكون التأثير فيها واقعا على جذع العصب لا على الانتهاءات الدائرية وتؤيد ذلك الاقتصار المحدود للآلام العصبية على الانتهاءات الدائرية لعصب واحد وبقاء الاجزاء المجاورة مصونة عن الإصابة متى كان متوزعا فيها ألباى عصبية حساسة غير ناشئة من عصب آخر فلو كان التأثير الملهج أثر على الانتهاءات الدائرية للعصب لما أمكن توجيهه اقتصار الآلام عليها وتحديد كيفية توجيهه صون الجهة الكبيرة لاحد الاصابع أو القسم فوق الحاجز لجهة من تأثير الملهج المحدث للآلام

العصبي في الجهة الزائدة لهذا الاصبع أو القسم فوق الجحاج المصاب وزيادة
على ذلك يتأيد القول بنشأ الآلام العصبية من الجذع كما سيأتي وهو أن الآلام
في الآلام العصبية لا يكون مطلقاً بمحور بآبادر الك نوعية السبب وطبيعته
أذن المعلوم أن الحلمات الجلدية المرتبطة بالانتهات العصبية هي مجلس
الاحساس بالضغط والحرارة فلو كانت الآلام العصبية الناجمة عن
مؤثرات مهيجة غير مدركة أثرت على الجلد لادركت المرضى صفة هذا المؤثر
المهيج وطبيعته وكانت تشككي بحرق أو وخز وغيرهما من أنواع الآلام وأما
إذا أثر مهيج على جذع عصب عار بأن كان جهماً بارداً أو طاراً مثلاً أو
وخزاً أو قرصاً فينشأ عن ذلك مع الدوام كما في الآلام العصبية نوع
احساس بالمر واحد ولا يذكر المريض من نوع هذا الآلام معرفة طبيعة الأسباب
المحدثة له وبالجهة فما يؤيد هذا القول أيضاً عدم نجاح عملية القطع العصبي
في كثير من الآلام العصبية فإن مجلس الإصابة في جذع العصب لا في انتهاته
الدائرة يتم أن التغيرات الطبيعية والكيمياوية للعصب المصاب بالآلام العصبي
المتسبب عنها التنبيه المرضى مجهولة هل ينابل يسوغ لنا أن نقول أن
التغيرات المتدورة ليست عبارة عن تغيرات مادية مدركة فإن قابلية
تنبيه الأعصاب تفقد بالكلية بمثل هذه التغيرات وأن المؤثرات المضرة
المحدثة للآلام العصبية لا تحدثها إلا متى أثرت على الأعصاب بكيفية
واحدة بحيث لا تقصد طبيعتها ولا تحدث في منسوجاتها تغيرات تشرىحية
مدركة فإن وجد عصب من الأعصاب الذي كان مجلس الآلام عصبي واضح
التغير عند البحث التشريحي فمن الأكيد أن الصغر المتغير لم يكن ينبوعاً
للآلام بل كان مصاباً بعلامته بتغير آخر لا يدرك بالنظر ولا بالنظارات المعظمة
ثم أن الاستعداد للإصابة بالآلام العصبية يختلف باختلاف الأشخاص
ويظهر أن ارتفاع قابلية التنبيه للجموع العصبي المرضية المعروفة بالضعف
العصبي تعبر على الإصابة بالآلام العصبية وتشاهد عند النساء أكثر من
الرجال وعند الأشخاص القليلي الدم الضعفاء البنية أكثر من أقوياءها
الدمويين

والأسباب المقيمة أي المهيجات التي متى أثرت على جذع الأعصاب
تحدث الآلام عصبية تكون إما معلومة أو مجهولة ولا يجوز أن نعبر عن الآلام

العصبية الناتجة عن مهيجات غير معلومة بالالام العصبية الحقيقية وتبزيها
عن غيرها من الالام العصبية فانه ان أحدث عن العصب الزندي الواقع
على الجهة الانسية من التواء المرفق أو على العصب الوريكي عند خروجه
من الشرم الوريكي المايتشع في اصابع اليد والقدم هي ذلك أيضا بالام
العصبية الحقيقية وأجود من ذلك في الطب العملي ان يعبر عن الالام العصبية
الحقيقية بالالام التي تستمر بعد انقطاع تأثير السبب الذي نشأت عنه

ثم انه بعد من أسباب الالام العصبية المدرجة الكثرة الحصى الحصى أمور
منها جروح الاعصاب بواسطة آلات واخرة كرىشة الفصادة أو الابرة
أو نحوها فان تفرق اتصال الاعصاب تفرقاتا أقل خطرا من جرحها
الوخز وبمنها تهيج الاعصاب بواسطة اجسام غريبة نفذت قريبا من
العصب وبقيت هناك متكيسة ككعبه قطع الرصاص ونحو ذلك
من الاجسام الغريبة التي تحدث تأثيرا مهيجا على الاعصاب المجاورة
فيمشأ عنها آلام عصبية شديدة ومنها الجذب الواقع على الاعصاب بواسطة
ندب منكشة ومنها الضغط الواقع على الاعصاب بواسطة الاورام
الانورزماوية والعظمية التي مجلسها العظام أو الاسنان والتولات المرضية
كالسرطانات ومنها الاورام العصبية المذكورة في المبحث السابق
ومنها امتلاء الضفاير الوريدية المحيطة بعصب خصوصا عند خروج هذا
العصب من قنوات عظمية ومن ذلك كثرة اصابات الاعصاب بين الاضلاع
في الجهة اليسرى وكثرة اصابة العصب التومي الثلاثي في الجهة اليمنى خصوصا
فرعه الاول أي العصب العيني فانه أكثر اصابة من فرعه الثاني والثالث
وماذا لك الامن نفوذه من قنوات عظمية وكثرة احاطته بشبكة وريدية وقد
تحصل الالام العصبية من تأثير البرد يسمى هذا الشكل حينئذ بالام
العصبية الروماتيزمية وفي هذا الشكل وان لم تنصح بالصفات التشريحية تغيرات
مادية مدركة بوجهها تهيج العصب الا أنه من التريب لا عقل جدا ان منشأ
الام العصبية في مثل هذه الاحوال هو احتقان الغدة العصبية وارتشاحه
ارتشاحا أو ذيبا ويا وهما يزولان بعد الموت وبالجملة يعد من أسباب الالام
العصبية أيضا التسمم بواسطة جواهر مسممة معدنية كالزئبق والرصاص
والنحاس وكذا التسمم بواسطة التصدعات الاجامية ومن المستغرب جدا في

هذا الشكل من الالم العصبي أى الناشئ بهذه الكيفية ان المؤثر الناجم
عن هذا التغير المرضى العجوى لا يؤثر الا على اعصاب محدودة

في الاعراض والسير

كل الم عصبي يميزه نوعان احدهما ألم ثابت يزداد بالضغط قاصر على بعض
اصفار مخصوصة من العصب سماها والكس (بالاصفار المؤلمة) وهذا
الالم وان لم يكن شديدا جدا الا انه متعب وثانيهما ألم نوبى أى يظهر على شكل
نوب ويتشعب من الاصفار السابق ذكرها على مسير العصب ويكون شديدا
للغاية فيرمطاق والاصفار المؤلمة توجد خصوصا في المحال التي فيها يكون
العصب نائفا من قناة عظمية أو من غمد وترى ومقبعها نحو السطح الظاهر
ومحيط هذه الاصفار يظهر كثير الاتساع زيادة عما ثبت عند الضغط
عليها بواسطة الاصبع ومن المهم ما ثبت تجارب العلم بوجوبه أنه عند
البحث عن قابلية تنبيه الاصفار المختلفة للاعصاب المحركة في الضفادع
وجد بعضها أكثر تنبيها في بعض المحال وقليلته جدا في محال أخرى
بمحاورة الاولى فمن الجائز ان اصفار والكس المؤلمة في الاعصاب الحساسة
تطابق بعض اصفار الاعصاب المحركة ذات القابلية للتنبيه المتزايدة التي
وجد بها بوجوبه في بعض اصفار الاعصاب المحركة وكثير من المؤلفين ينسكروا
وجود اصفار والكس في الآلام العصبية لعدم وجودها ثم ان نوب الآلام
في الالم العصبي تتبع سير العصب تارة الى اسفل وتارة الى اعلى بحيث يتميز
الالم العصبي على حسب ذلك الى الم عصبي نازل والى الم عصبي صاعد وهذا
الاخير نادر جدا ونحس المرضى بهذا الالم أنه غائر جدا لا سطحي ومن النادر
ان تكون نوب الالم قاصرة على بعض فروع قليلة من عصب واحد بل الغالب
ان تم جملة فروع من جذع غايظ لكن يندر ان يكون هذا الالم عاما لجميع فروع
جذع واحد ومن المستغرب جدا ان الالم العصبي كثير اما يمتد وينتقل من فروع
عصب الى عصب آخر نشأ مغاير الاول وكان يلزم منطبقا للناموس توصيل
التيار العصبي المنعزل ان لا يتم وحصول هذا الامر الا في الاعضاء
العصبية المركزية بواسطة العقد العصبية غير ان المشاهدة تدل على ان الالم
العصبي كثير اما يمتد من فروع عصب دماغى كالعصب النواحي الثلاثى الى

فرع عصبي فخاصي شوكي كالعصب القمعدي فهذه المثابة يتعصر عليها التوجيه فينبذ نقصه على مجرد ذكر هذا الامر الغريب ولا يندران تشاهد اضطرابات في الدورة والتغذية والافراز في الاجزاء المتوزع فيها العصب المصاب بالام العصبي بدون ان يمكننا معرفة الكيفية التي بها ينتقل التنبيه المرضى من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب الوعائية فيشاهد في ابتداء نوبة الام ان لون الجلد يصير باهتاً ثم يعم وقت ارتقاء النوبة ويزداد الافراز كافراز الغشاء المخاطي الانفي والمخيمى والدمعي واللعاب ومن هذا القليل أيضاً نلاحظ ان كثرة تاوى على الجلد كالطفح المنطقي الذي يشاهد في بعض احوال الام العصبي بين الاضلاع (المسمى بالهرس المنطقي) وكذا الضور العضلي أو الاستحالة النضمية في عضلات الاجزاء المصاب عصبها بالام عصبي مرض من ومن النادر ان يمتد التبرج العصبي المرضى من الاعصاب الحساسة في الاام العصبية الى الاعصاب المحركة بواسطة العقد العصبية ولذا ينبغي الاحتراس من اعتبار الحركات التقلعية كظواهر انعكاسية

ثم ان سبب الاام العصبية مرض من عادة ما عدا به من اشكالها الناتجة عن تأثير التسمم الاجامى ولا يكاد يكون منتظماً على الدوام بل يشاهد فيه بقطع النظر عن النوب والاضرابات الحطاط احياناً وثوران احياناً آخر متكرر نوب الاام تارة بكثرة وتصل الى درجة عظيمة من الشدة وتارة يقل تكررها وتضعف شدتها وتردد نوب الاام لا يظهر طرزا منتظماً الا في الاحوال التي يكون فيها الام العصبي ناتجاً عن التسمم الاجامى أعني في الاحوال المسماة بالحيمات المتقطعة المبرقعة واما في احوال اخرى فان الطرز لا يكون منتظماً وكذا نوب الاام لا تحصل حصولاً ذاتياً أعني بدون سبب واضح بل تحصل بمؤثرات مختلفة معلومة في ذلك تهيج الجلد في محل توزيع العصب المريض بواسطة الضغط والدلك أو البرد أو الحرارة عليه ونحو ذلك وكثيراً ما يظهر ان لمس الجلد بخفة ينتج عنه نوب آلام شديدة بخلاف الضغط الشديد عليه وكذا حركات الاجزاء التي هي مجلس للاام كالمنغ في احوال الاام العصبي للتوأى الثلاثي والمثني في احوال الام العصبي للعصب الوركي

وتفسد السعال والعطاس في أحوال الألم العصبي للعصب بين الاضلاع
كثيرا ما تحدث نوب آلام ولا نفع لالتنفسية تأثير مماثل لذلك
ثم ان مدة كل نوبة ألم تسقر بعض ثوان غير ان هذه النوب القصيرة تترد جلة
مرات في ظرف دقيقة أو جلة دقائق ثم تترك المريض ويبقى مصانا منها
زمننا كثير الطول أو قليله بحيث يقال في الحقيقة انه يحصل مدة سير
الآلام العصبية نوب طويلة متجمعة من عدة نوب قصيرة جدا وحيث اننا
مجبورون على ان نتصور ان التأثير المهيج الواقع على العصب الناشئ عنه
الآلم مؤثر بكيفية مسفرة فالفترة السكينة بين نوب الآلم وبعضها التي
تساعد مدة سير الآلام العصبية غير واضحة التوجيه فنقتصر في توجيهها
على الظاهرة الفسيولوجية المعروفة من ان تهيج عصب ما تهيجا شديدا ينتج
عنه اقطاع قابلية تنبيه هذا العصب مدة تمام الزمن فعلى ذلك تعاقب في
الآلام العصبية حالة التهيج الشديد مع حالة انطفاء قابلية التنبيه العصبي
ويؤيد هذا ما يشاهد من انه بعد نوب آلام شديدة جدا تصير الاتمات
الدائرية للعصب المريض ضعيفة الاحساس زمننا أو فاقدة له بالكافة بحيث
لا تتأثر من المهيجات الظاهرة ومن أنه بواسطة الضغط الشديد على الاصفار
المؤلمة يمكن احداث نوبة ألم عصبي شديدو بتكرار الضغط بعدها لا تحصل
هذه النوبة

ثم ان مدة الآلم العصبي يمكن ان تسفر مدة سنين والانتفاء بالشفاء قليل
الافى أحوال الآلم العصبي الناتج عن النهم الاجامى والرومازمى وكذا
الانتفاء بفقد الحساسية العصبية التي كان حقه ان يكون كثير الحصول
بسبب دوام تأثير السبب المهيج على العصب واستقراره نادر أيضا وفي كثير
من الاحوال يبقى الآلم العصبي على حالة واحدة و يستمر الى الممات غير ان
هذا الانتفاء المخزن لا يحصل من الآلم العصبي نفسه بل من مضاعفات أخرى
تطرأ على المريض او من الاستعدادات المرضية الناشئة عنها الآلم العصبي

(المعالجة)

المعالجة السببية تستدعى في الاحوال التي فيها يكون الآلم العصبي ناتجا عن
ضغط أو جذب نشأ عن اجسام غريبة او ورم أو ندبة التهابية منكمشة

تستدعى وسائط جراحية والاحوال التي فيها الالم العصبي لا يزول احيانا
 عقب ازالة الجعم الغريب أو استئصال الورم الكاش بقرب العصب لانتعنا
 من اجراء تلك الوسائط فانه لا يمكننا قبل فعل العملية معرفة كون
 الالم العصبي صارا اعتياديا أعني ان السبب المضر الذي أثر على العصب هل
 احدث فيه اضطرابا مرضيا مستقرا لا يزول بعد زواله أم لا وفي أحوال الآلام
 العصبية الروماتزية الناتجة عن احتقان وأوذجا في القعد العصبي كما ذكرنا
 تستدعى المعالجة السببية المصروفة في الجلد كالمنقعات والمقص او الحديد
 المحمي وأما الجوهر الدوائية المضادة للروماتزم التي تستعمل من الباطن
 في أحوال الآلام العصبية الروماتزية فيندر ان ينفع عنها نجاح ما عدا
 الحمامات الفاترة الصناعية أو الطبيعية المنتظمة كحمام ولد باد وباد باد
 ووسباد فانه ينفع عنها نجاح عظيم وأما في أحوال الآلام العصبية الاجامية
 ذات الطرز المنتظمة المتقطعة فيحصل فيها من استعمال المركبات السكينية
 المضادة للتسمم الاجامى نجاح عظيم جدا وأما الآلام العصبية الناتجة عن
 التسمم بالمركبات النحاسية أو الزئبقية أو الرصاصية فاجود ما يستعمل فيها
 مع الفحاح الحمامات الكبرى وتعالى المركبات السكرية من الباطن
 وبالجلد فان المعالجة السببية تستدعى مضاربة الاستعداد البنى الناتج عنه
 الالم العصبي وحيث نعلم ان هذا الاستعداد كثير اما ينشج عن حالة انبعاثية
 فالغالب ان الصنعة قوة تامة ومدخلا عظيما في مقاومة هذا الاستعداد
 ولا ينبغي القول بان كبرونات الحديد جوهر نوعى مضاد لآلام العصبية غير
 انه اذا كان ففصر الدم هو السبب القوى في منشأ الالم العصبي فلكبرونات
 الحديد وغيرهما من المركبات الحديدية منقعة تامة وبهذه السكيفية يكون
 للطرق العلاجية المنوعة للتغذية والمحنة تأثير كاف

وأما معالجة الالم العصبي نفسه فانها تستدعى في الاحوال التي فيها لا يمكن
 تبعيد السبب الناتج عنه الالم العصبي اما تعادل الاضطراب الغذائى الناشئ
 هو عنه اوزالة قابلية تنبيه العصب المريض أو منع توصيل التنبيه المرضى
 الى الدماغ

وأقوى الوسائط العلاجية التي بها يمكن الحصول على الغاية الاولى

استعمال الكهر بائية سواء كان بواسطة التيار المتقطع أو المستمر اذ يمكن الحصول على نجاح عظيم وقد تكررت المشاهدات والتجارب بهذه الوساطة العلاجية في معالجة الآلام العصبية ولقد كرم يحصل التجارب التي فعلت بهذه الطريقة العلاجية مع الايجاز فقول

أولاً - انه في معالجة الآلام العصبية بواسطة التيار المتقطع أجود ما يستعمل من الموصلات المعدنية ما يسمى بالفرشة الكهر بائية وذلك بان يمس بها على مسير العصب المر يض في أثناء اعطاء الموصل التجريدي المر يض بعد وضع اسفنجية مبللة فيه أو وضعه على صفر اخر من الجسم وفي أثناء المس بالفرشة على مسير العصب المر يض ينبغي التأثير بهاز منطويلا على الاصفار المثولة (وهذا ما يسمى بالقص الكهر بائية)

ثانياً - ان كثير من الآلام العصبية التي عولجت بالوسائط العلاجية المختلفة بدون غمرة يمكن ان تشفى بعد استعمال التيار الكهر بائي المتقطع بهذه الكيفية بتكرار الاستعمال من اثنتي عشر الى عشرين مرة في كل يوم أو يومين مرة واحدة وقد تشفى باقل من ذلك شفاء تاما وفي أحوال أخرى قد لا يحصل أدنى تأثير ولا شفاء

ثالثاً - انه يمكن الحكم من ابتداء هذه المعالجة على الشفاء بواسطة التيار المتقطع أو عدمه من أول استعمال فان التحسين أو الشفاء لا يحصل الا في الاحوال التي فيها تنقص الآلام حالا بعد أول استعمال كهر بائي ولو مدة قليلة من الزمن أو التي فيها يكون التحسين واضحا أو تاما وأما الاحوال التي فيها لا يحصل هذا التأثير حالا بعد استعمال التيار الكهر بائي فلا يتعشم في شفائها وحينئذ فلا يستمرار على المعالجة غير مفيد

ثم ان استعمال التيار الكهر بائي المتقطع بهذه الكيفية مؤلم للغاية ولذا لا تستمر المرضى على استعماله الا بعد التأكد من تأثيره الجيد بتجاربها الشخصية فتستمر مع الجلد والصبر على استعماله ولو كان مؤلما وكانت ذن وتصبح وقت استعماله ويظهر في محل تأثير التيار الكهر بائي احمرار واريهما في الجلد يستمر منطويلا ولا تتعرض هنا للتأثير الذي يحصل به الشفاء من التيار الكهر بائي المتقطع وان كان مثل السكى الخطى الذي

مدحه الطيب والكس (وهي طريقة العرب) أو غيره من المصرفات
 والمهيجات الجلدية أعني ناتجها عن التحويل على الجلد أم يحصل بكيفية أخرى
 وأقوى من ذلك تأثيراً في معالجة الآلام العصبية استعمال التيار
 الكهر بائي المستمر اذ توجد أحوال لا يحصل فيها على فائدة من التيار
 المتقطع تشفى ولا بد بالتيار المستمر وأما العكس فلم يشاهد وينبغي وضع
 القطبين على مسير العصب المريض وأما يوضع القطب الخارجى بدون
 الالتفات لاتجاه التيار الكهر بائي على الجزء الاكثرايلا من العصب
 أو على الاجزاء التى فيها يسير العصب المريض سطحيا كالثقب تحت الحاج
 أو فوقه أو الثقب الزوجى الوجهى أو الثرم الوركى وان تيسر كما فى الشدق أو
 الانف أخذ العصب بين القطبين وجب ذلك بأن يدخل أحد هما فى الانف
 أو الفم الى الصغر الذى يخبر المريض بأن الآلم ينشع منه ويوضع القطب
 الآخر على الصغر المقابل له من الجلد الظاهر واستعمال التيار الكهر بائي
 المستمر لا يكون فى الابتداء كثير الايلاام لكن عاقليل يحس المريض بالحمق
 ناخس يزداد شيئا وحينئذ ما يكون عدد الازواج الكهر بائية المستعملة
 عظيما يرتقى الى درجة غير مطابقة وتغيرات الجلد التى يحدثها التيار
 الكهر بائي المستمر فى محل تأثيره عظيمة جدا متى استمر تأثير القطبين زمنا
 طويلا وهى أعظم من التغيرات التى تنتج عن استعمال التيار الكهر بائي
 المتقطع وليست مثالا عبارة عن احمرار وارتىما فقط بل هى عبارة عن
 انتفاخ عظيم فى الجلد وازدياد فى حجم الاجزاء الكائنة أسفل منه
 وظهور حلمات أو تعقدات عليه يفشس كسطحها الظاهر عند استمرار
 التأثير وكون التغيرات المذكورة لا توجد فى محل تأثير التيار الكهر بائي
 المستمر بل تحصل كذلك فى الاجزاء العميقة يتضح مما ذكرناه من ازدياد
 حجم المنسوجات الكائنة أسفل الجلد والعضلات التى أسفل منه أيضا بل
 ويتضح كذلك من التجارب المفيدة المهمة عند توجيه تأثير التيار الكهر بائي
 المستمر فى الآلام العصبية وغيرها من الامراض العصبية وبعض امراض
 العضلات والمفاصل فانه مثلا بوضع الجهتين الانسيبتين من الساعدين فوق
 بعضها متصالبتين ووضع القطبين الموصلين على الجهتين الوحشتين لا يحمر

فقط الصفران الموضوع عليهما القطبان بل كذلك الصفران المقابلان لهما من الجهة بين الانسيبتين وفي العادة يحصل عقب استعمال الزئبق المستمر حالا راحة كما يحصل عقب المتقطع لكن احيانا يرتقي الألم ابتداء بدون ان يمنعنا ذلك من استمرار المعالجة ويظهر لي ان التأثير الشافي للتيار المستمر في اغلب الامراض العصبية يوجه بكون الدورة والتبادل العنصري في الاعصاب المرغضة وفي اغمادها والاجزاء المحيطة بها تنوع بواسطة التيار الكهربي بآثاره على الاعصاب الوعائية واني اتحقق من ان استعمال التيار المستمر المخالف للتيار المتقطع بالنسبة لتأثيره الكيماوي في الماء والمحلولات المحيية والزلال ونحو ذلك من اهم الامور في الطب العملي بعصرنا هذا واجودها نجاحا وانه واسطة اقوى من جميع الوسائط في تنويع تغذية الاجزاء الغائرة وبإلي المعالجة الكهربائية في الالام العصبية استعمال الحرارة بق والمقص والحديد المحمي والمحولات الجلدية المراد منها التحويل على الجلد والسكي الخطي السطحي على العصب بمدوح جدا في فرائسنا وتبر من اقوى الوسائط في الالام العصبية

وأما الوسائط التي يقصدها انا في الثانية اعني ازالة قابلية تنبيه العصب المريض فغما للتبريد والمستعمل لاجل ذلك زيادة عن الوضعيات الباردة والجليدية المشاشل او ذلك بالانسيب أو السكلور وغورم او السائل الهولندي (اي كروالايدروجين السائل) فانها عند تطايرها تحدث تبريدا عظيما جدا وكونها أجود تأثيرا من الوضعيات الباردة مبني على انها زيادة عن احداثها للتبريد يستشفها المريض فتحدث عنده درجة من الخدر ومنها الدلكات على الجلد بمرهم الوراثرين (من أربع قححات الى عشرة على نصف أوقية من الشحم أعني من ٢ ديسجرام الى ٥ على ١٥ جراما من الشحم أو بمرهم) الا كونيأت أي خاتق الذئب بوضع قعقة منه على درهم من الشحم وعند استعمال مرهم الوراثرين فحس الرضى بالكلان مخصوص في الجلد ينتج عنه خدر في الالام احيانا وعند استعمال مرهم الا كونيأت يصير الجزء الواقع عليه ذلك قليل الحساسية جدا فلا يتأثر من المهيجات الظاهرة ومنها المركبات الايونية لاسيما المورفين بطريقة الحقن تحت الجلد بان يوضع من ربع قعقة منه الى قعقة في جرام من الماء

ويستعمل هذا المحلول بحقنة برا فاذا اتى تسع نحو حرام من السائل ويحقن
بربع هذا السائل او نصفه او اكثر على حسب طاقة المريض وشدة الآلام
وهذه الطريقة الاخيرة تسكينها ونجاحها واضح جدا في الآلام العصبية
حتى كادت تهير الآن عامة الاستعمال لانها من أقوى الوسائط الممكنة
وأما الغاية الثالثة في معالجة المرض نفسه فالقصد منها قطع توصيل التنبيه
العصبي من الالعصاب المتهيجة الى الدماغ واعظم واسطة لذلك هي قطع
العصب بين الدماغ والعصفر المريض أو استئصال جزء منه وهو الاجود حيث
ان القطع البسيط للعصب يتحتم بسهولة وعدم نجاح هذه العملية في كثير
من الاحوال نأخ في الغالب إما عن قطع عصب غير العصب المريض أو قطع
العصب المريض نفسه في الجزء السكائن اسفل المحمل المصاب فيه اعنى في
الطرف الدائر للعصفر المريض وعمما يتأسف عليه ان قطع ما يلزم من العصب
في العصفر الضروري غير ممكن في غالب الاحوال فان السبب المضطر المحدث
للآلام كثيرا ما يؤثر على عصفر من العصب لا يمكن الوصول الى اعلى منه واتما
طريقة كى العصب لاجل قطع توصيل تنبيهه الى الدماغ فهى طريقة
مذمومة غير ناجحة واما الضغط على العصب فهو واسطة تسكينية فقط وكذا
الجواهر الدوائية التى يظن ان لها تأثيرا نوعيا في الآلام العصبية كالمركبات
الزرنيفية على شكل المحلول الزرنيقى لفواير والاستحضارات الحارصينية
لا سيما واليريانات الحارصين وايدروسيانوز وتترات الفضة وغيرها
من الجواهر المعدنية والنباتية قليلة النجاح جدا فان هذه الوسائط
العلاجية وان نجح بعضها احيانا نجاحا عظيما فليس في معظمها ثمرة دائمة

(المبحث الرابع)

(في الآلام العصبية التوأمية الثلاثى المسمى بالتريك المؤلم)

(وبالآلام الوجهى لفورترجيل)

(كيفية الظهور والاسباب)*

العصب التوأمية الثلاثى اكثر اصابة بالآلام العصبية بعد العصب الوركى
ويوجه ذلك بان كثير من فروعه ينقسم فنوات وثقوب عظيمة
ضيقه بحيث كثير ما يعتريها الضغط وبأن فروعه متوزعة في اجزاء

من الجلده عارية ومعرضة للتأثرات الجوية والبرد والذي يؤديان فروع
العصب التوأمي تكون كثيرة التعرض للاصابة بالآلام العصبية
بسبب مرورهما من قنوات عظمية ضيقة كما قاله المعلم هرقل ان فرع الزوج
الخامس المار من ثقب عظمي واسع وهو الثقب الوندى الحنكي الى
الاذن يكون مصونا عن الاصابة بالآلم العصبي بخلاف العصب تحت الحاج
والعصب الوجني والفكي العلوي والسفلي فانها كثير اصاب
بهذا الآلم

ويندر ان يكون هذا الآلم ناتجا عن اجسام غريبة نفذت تحت الجلد (كقطع
صغيرة من الزجاج) أو من تولدات مرضية غريبة تضغط على فروع العصب
التوأمي الثلاثي عند سيرها في الوجه فتضغط عليها وأكثر من الاسباب
السابقة حصولا لوجود تغيرات في القنوات العظمية ينشأ عنها التهيج
المرضي للاعصاب المارة فيها كتهلس الجدر العظمية للقامة تحت الحاج
او ورم عظمي في جذور الاسنان كما في الآلم العصبي للعصب الفكي السفلي
وكثخن وتكاثر في عظام الجمجمة مع ضيق في ثقبها وكالتهاب العظام
وانتفاخها وفي أحوال أخرى وجد ان الآلم العصبي التوأمي الثلاثي ناتج عن
أورام او نورزماوية وتولدات جديدة وتخن في الام الجافية أو أورام عظمية
داخل الجمجمة تضغط على جذع هذا العصب وتحدث في فروعه آلاما عصبية
منتشرة ولا يوجد في تاريخ الطب مشاهدات تؤيد منشأ هذا الآلم من
مركزها وهناك حالة فقط ذكرها الشهير رومبرج فيها اسفر الآلم العصبي
ستة وعشرين سنة وعند فعل الصفات التشريحية وجدت بؤرة مرضية في
القنطرة الدماغية الأمامية مع هذا وجد في الجنة أيضا ورم انورزماوي في
الشريان السباتي ضاغط على جذع العصب التوأمي الثلاثي فكان هذا
الورم في حد ذاته كافيا في توجيه الآلم العصبي

والغالب أن لا توجد تغيرات مادية مدركة محدثة لهذا الآلم العصبي ومن
القريب للعقل جدا ان هذا المرض في مثل هذه الاحوال يكون ناتجا عن
تأثير البرد الذي يؤدي لحصول احتقان وارتشاح أو ذيما وبين في القدم
العصبية يزولان بعد الموت وأما حصول التيك المؤلم المظنون بانه ناتج عن

تأثير داء النقرس أو البواسير أو عن انقطاع العرق أو الطمحات الجلدية
انقطاعا فجائيا فشكوك فيه وأما حصول هذا الألم بواسطة التسمم الاجامى
فأكثر من غيره من جميع الآلام العصبية
وقد ثبت بقوائم تعداد المشاهدات المرضية أن هذا الألم العصبى نادر فى سن
الطفولية وأن أكثر حصوله من سن الثلاثين إلى الخمسين وأنه يصيب النساء
أكثر من الرجال

الأعراض والسير

من المعلوم أن الآلام التى تعترى المريض المصاب بهذا الألم العصبى
تكون أكثر انتشارا كلما كان الفرع العصبى المصاب المؤثر عليه السبب
المرضى المحدث للألم أكثر غلظا والعكس بالعكس بمعنى أن اقتصار الألم على
جزء صغير يدل على أن الفرع العصبى المصاب دقيق جدا وحيث أن الفروع
العصبية لكل عصب تكون أكثر عددا كلما كان العصب المصاب أقرب من
منشأته المركزى وأقل عددا إذا كان هذا العصب قريبا من سطح الجسم
يتضح بسهولة أن سبب الألم العصبى يكون دائريا متى كان الألم
قليلا والانتشار ومرتكزا متى كان كثيرا بحيث يكون السبب المؤثر
فى نفس الجهة وفى الحقيقة يشاهد فى الآلام العصبية الناشئة عن
ضغط واقع على جذع الزوج الخامس آلام فى جميع الأجزاء المتوزعة
فيها الفرع الحساس لهذا العصب فتشاهد آلام فى الجهة المقدسة
للأذن وجلد الجبهة والصدغين والوجه وباطن العين والأنف والأهانة وجسم
اللسان وقبوة الحنك والاسنان بل والظاهر فى الأم الجافية أيضا ويوجد
فى هذا الألم جملة أصفار مؤلمة ذكرها المعلم والعكس لكننا لا ننبه إلا على
ثلاثة منها وهى الصفراء المؤلمة الموازية للثقب فوق الحاج وقوقعة الثقب
تحت الحاج والثقب الذقنى ثم إن كان مجلس الألم العصبى الفرع الأول
للتوأمى الثلاثى كان تشمع الألم فى تفرعات العصب فوق الحاج وكان مجلته
فى الجبهة والحاجبين والجفون العلوى ويندر أن يحس بالألم فى باطن العين عقب
اشتراك الفرع تحت الحاج وفى الزاوية الأنسية للعين والجمجمة الدمعية وبوجه
بالفرع الحساس من الفرع الأول لهذا الزوج المتوزعة فى الغدة الدمعية

والمتممة كل من الافراز الدمعى الغزير واجرار الملمعة الذى يكاد يشاهد على الدوام فى الالم العصبى من هذا العصب سيما عند الخطاط نوب الالم - وان كان الفرع الثانى من التوأى الثلاثى يجلس الالم كان ثوران الالم واشتداده فى الاجزاء المتوزع فيها العصب تحت الجحاج أعنى فى الجفن السفلى وجناحى الانف والشفة العليا والصف الاعلى من الاسنان وفى هذا تصطبج نوب الالم احيانا بافر ازمائى أو مخاطى من الغشاء المخاطى الانفى وأما الالم العصبى للفرع الثالث من هذا العصب فتادر لاسيما فى العصب الاذنى الصدغى واللسانى وأكثر من ذلك حصولا مشاهدة الالم العصبى فى العصب الذقنى السفلى لاسيما فى تفرعات العصب الذقنى بعد خروجه من الثقب الذقنى وحينئذ تكون الالام منتشرة فى الذقن والشفة السفلى وكثيرا ما يكون الالم العصبى فى الفرع الثالث من هذا العصب مصحوبا بتلعب وهذه الظاهرة تطابق تجارب المعلم لوديج مطابقة تامة - وحيانا يكون يجلس الالم العصبى فى تفرعات الفرع الثانى والثالث من العصب التوأى الثلاثى المصاحبة لتفرعات العصب الوجهى وبذلك يتضح ما كان يظن سابقا من ان يجلس هذا الالم العصب الوجهى حتى ممي به

وتتشكى المرضى فى الالم العصبى الوجهى كغيره من الالام العصبية اما بالأمم مسقر يكون مجلسه بعض اصفار العصب التوأى الثلاثى وتارة بنوب آلام مهولة ناخسة تنتشر بسرعة صاعقية مساعدة أو نازلة تنقطع فجأة بعد نصف دقيقة او دقيقة ثم تتردد ثانيا حتى تزول النوبة المتسكونة من جملة ثورات مؤلمة صغيرة (وهذا هو السبب فى تسميته بالتيك) وفى أثناء النوبة قد يحصل اختلاج فى الوجه لكن الغالب ان لا يكون غير ارادى فان القسيس بارنيس الذى شرح الالم العصبى وكان مصابا به ذكر مع الايضاح انه كان يمكنه التماذى على الخطبة فى أثناء النوبة ونوب هذا الالم تظهر تارة ظهورا ذاتيا بطارز غير منتظم ماعدا الالم العصبى الناشئ عن تأثير التصدعات الاجبية وتارة تشأعن بعض المؤثرات كما ذكرنا ذلك فى المبحث السابق سيما عند التكلم والعطاس والتثاؤب والسعال والتمخط وتعاطى المطمومات الباردة او الساخنة جدا وحيانا تعتد

فكل حركات المصغ وفي اثناء السوب يصير الوجه حمرا وترتقي درجته حرارته
ويظهر نبض واضح في الشرايين ولذا كرحالة مشابه لما ذكره الطبيب برودين
ورو مبرغ من تشوه عظيم في الوجه عقب استقرار نوب الالم العصبي زمن اطو بلا
شاهدنا هائلا عند شخص من بلدة يقال لها مجد بورغ حصل فيها تشوه عظيم
في الوجه سيمام انتفاخ الشفة السفلى انتفاخا عظيما عقب استقرار الالم
العصبي الوجهي مدة سنين كما انه قد شوهد اضطرابات غذائية في الوجه
كخسر شعر الذقن واكتسابه هيئة خشنة مثل الشوك وظهور بشورا كثية
فيه عقب استقرار هذا الالم زمن اطو بلا ومدة هذا المرض لا تكاد تكون
قصيرة الا في احوال الاصابات الاجابية المنتظمة فقط بخلاف غير هذا
الشكل فانه يكون طويلا المدة حتى انه يستغرق نصف مدة الحياه اوجمعها
وانتهى واما الشفاء فادر جدا فاعراض طرأ والماليخوليا فيه التي تؤدي احيانا
لقتل المريض نفسه وزيادة على ذلك فان الموت يحصل احيانا من السبب
الاصلي للمرض لامن المرض نفسه

﴿ المعالجة ﴾

في معالجة الالم العصبي الوجهي لا نضيف الى ما ذكرناه في معالجة الالم
العصبي عموما الا قليلا ولا يمكن ازالة هذا الالم بسرعة عقب ازالة بعض
الاجسام الغريبة او استئصال بعض الاورام والندب الانحامية المضاعطة
الا في احوال نادرة وكذلك استئصال الاسنان وقلعها يندر ان تنجح عنه
فائدة عظيمة بل الغالب ان يقلع المريض سنا بعد اخرى بغير تأمل لطبيعة
المرض بدون ان ينتج عس ذلك اذ في تحسين في الالم وقد اوصى المعلم
والكس في الاحوال الحديثة الماشئة عن تأثير البرد باستعمال الحرارة في
الطبخارة او الكي السطحي بالحديد المحمي وان كان ناشئا من تمام اجابي
فاستعمال الكينين بمقدار جيد يكاد ينتج عنه دائما نجاح عظيم وفي الاحوال
النادرة التي لا يثمر فيها ذلك ينبغي استعمال الصبغة الزرنيخية
لفولير (من أربع نقط الى ستة كل ثلاث ساعات) وعند وجود انيميا واضحة
تعطى المركبات الحديدية واما في الاحوال التي فيها ينظر بوجود اضطراب
بنفي آخر مجهول الطبيعة فيمنبني استعمال المياه والحمامات المعدنية المنوعة

وأما استعمال الكهر بائية والتبريد والمسكنات كالأكونيت
(أى خائق الذئب) والمورفين خصوصاً بالحقن تحت الجلد فيقال فيه مثل
ما قيل في الكلام على معالجة الألم العصبي عموماً فقد تيسر لى شفا حالتين
مستعصبتين من هذا المرض أحدهما استمرت نحو الثلاثين سنة
والثانية نحو الاحدى عشر سنة ولومع اجراء عمليات ثقيلة جداً كمرط
الشرايين السباتية وحلق الفك العلوى ونحو ذلك بواسطة التيار الكهر بائى
المستمر - وفى الواقع ثبت بالتجارب فى العصر المستجد ان الكهر بائية
أقوى جميع الطرق العلاجية فى الألم العصبي الوجهى بل وخلافه من الآلام
العصبية واستعمال التيار الكهر بائى المنقطع على الجدوع العصبية المؤلمة
بدون واسطة ينبغي ان يكون بخفة لشدة حساسية جلد الوجه وأجود من ذلك
وأقوى تأثيراً استعمال التيار المستمر من ٥ أزواج الى ٣٠ مع ملاحظة
ما ذكرناه فى المعالجة العامة بالنسبة لوضع الموصلات وتسييل التيار الكهر بائى
المستمر على العصب المريض ولم نفعل عملية القطع العصبي أو استئصال
قطعة من العصب فى شكل من الامراض العصبية بكثرة مثل ما فعلت فى
المرض الذى نحن بصدده ثم بعد ان صار ذم هذه العملية مدّة طويلة من الزمن
حتى كادت تترك سدئى اثبت المعلم برونس بالفحص الجيد عن جميع
الاحوال التى صار فيها اجراء هذه العملية انه يوجد عدة أحوال فيها اعقب
القطع العصبي نجاح مستقر تام أو نجاح وقتى استمر بعض اشهر بل بعض
سنتين وذلك بعد اخراج جميع الاحوال التى كان فيها اجراء العملية مبنياً على
خطأ فى التشخيص أو فى اجراء العملية وكذا بعد اخراج جميع الاحوال
التي فيها رجوع الألم العصبي لا يعتبر نكسة بل اصابة جديدة ودلالات
هذه العملية تبعاً للمعلم برونس هي أن يكون مجلس الألم قاصراً على جزء ثابت
محدد ويمكن الحكم به بالتقرير على ان مجلس السبب المحدث للألم فى جزءه
يمكن الوصول الى خلفه بالآلة القاطعة وكانت بقية جميع الطرق العلاجية
الآخرى عديمة النجاح ويعصر على المريض التفريح لاشغاله من شدة الألم
وكذا من دلالات اجراء قطع العصب الاحوال التى نوب الألام فيها لا تحصل
حصولاً ذاتياً بل عقب مؤثرات ظاهرية تؤثر على الانتهاآت الدائرية

للعصب وان لم يتعمم فيها وكذلك الضغط الوقتي على العصب المريض
والاوعية الدموية الواردة بالدم اليه قد ثبت نجاحه نجاحا تسكينيا في بعض
الاحوال فيستحق الايضاع به في الاحوال الثلاثة لذلك - والمعلم رومبرغ
يذكر من الادوية المعروفة بالنوعية الزرنيج بكثرة فانه قد شاهد باستعماله
خصوصا في الاحوال التي فيها يظهر الالم العصبي الوجهي عند النساء
الاستيريات المصابات بامراض في اعضاء التماسل نجاحا عظيما سريعا وكما
كانت الحالة الانبعاثية في المرضى أكثر وضوحا كان النجاح اقرب وآكد
كما شاهد ايضا من استعمال تترات الفضة بمقدار عظيم أعني ستة سنتي غرام
(أى قمحة) نجاحا وقتيا - وذ كر كل من المعلم بيل وستون انه شاهد من
استعمال زيت حب الملوك من الباطن مع خلاصة الحنظل المركبة نجاحا
عظيما جدا وكان ذلك رمية من غير رام ومن جملة المسكنات المسدودة
واشتهر في هذا المرض زيادة على مركبات الافيون والبلاودونا والداثورا
والكونيوم وغيرها من النباتات المخدرة - بوب ميجلين (المرسكة من
أجزاء منسوبة من خلاصة البنج وزهر الحارصين) فيبتدأ التعاطي بحبة
منها وهي مشتملة على ديسغرام واحد (أى قمحتين) من هذين الجوهرين
صباحا ومساء ثم يراعى مقدار التعاطي حتى يصل الى ٢٠ أو الى ٣٠
وبالنسبة لتأثير حمض الصوف صافيك في الالم العصبي الوجهي - وغيره من
الالام العصبية ليس عندنا تجارب كافية وأقوى الوسائط المسكنة
وقتها عند الالام الشديدة الاستنشاق بالكوروفورم أو الاثير حتى يحصل
تخدير خفيف وكذلك الحقن بالمورفين تحت الجلد اما في الصمدغ أو العنق
والظاهر ان الحقن لبس له فقط تأثير تسكينى في الاحوال الخفيفة بل شفاء
تام حتى ان ايلن بروج ذكر حصول شفاء في نحو الربع من السبعين حالة
عالجها بالحقن بالمورفين خاصة

٥٠ البحث الخامس

(في الصداع المعروف بالشقيقة والالم الذاتي في الرأس)

مجموع الاعراض المعبر عنه بالصداع غير واضح بالكلية فاعتباره من جملة
الالام العصبية كما جرت به العادة يحتمل ان يكون من قبيل الشك والتوهم

والذي اوجب الاطباء لذلك هو ظهور الالم غالباً في جهة واحدة من الرأس
الذي هو السبب في تسمية هذا المرض بالشقيقة والنوب التي تشاهد في اثناء
سيره مع الفترات التالية لها وعدم وجود تغيرات تشريحية له لكن اذا اعتبرنا
بالدقة سير هذا المرض عموماً وسير بعض نوبه لوجدنا ان هذا الاعتبار ليس
قرين الصحة بالكلية فانه لا يوجد مرض عصبي يبدئ مثله في سن
الطفولية ويمتد الى أقصى العمر وفي اثناء السن المتأخر من الحياة
لا تظهر نوبه في كل سنة الا في بعض أيام فلائل مع تعاقب في شدة الالم
أوتناقصه لا ظهوره وزواله بكيفية فجائية كما هي عادة الالم العصبية
ومن المشكوك فيه أيضاً ان كان مجلس الالم الواصف لهذا المرض
ناشئاً عن تنبه في الالياف الحساسة من العصب التوأمي الثلاثي للام
الجافية أو من الالياف العصبية السمباتية التي تصاحب الاوعية الدموية
أو من الدماغ نفسه وزعم ديواري وندان الظواهر المرضية في الصداع تنتج
عن تشنج في فروع العظم السنباتوي العنقي والشرابين وسمى هذا
الشكل بالصداع السنباتوي التشنجي وأما المعلم مولان دورف فيعتبر ذلك
نتيجة لضعف في الحالة العصبية للفروع العصبية الوعائية المتوزعة في
الشرابين السباتية وفروعاتها واسترخاء جدرها وسمى هذا الشكل
بالصداع الشللي العصبي الوعائي فينبغي على ذلك ان الشكل الاول يعوق
وصول الدم الشرياني الى الدماغ فيحدث انقباضه والثاني ينبى عليه توارد
الدم الشرياني بكثرة نحو الدماغ فيحدث احتقانه ومن المعلمون ان كلام
انيميا الدماغ واحتقانه كثير اتما يحدث ظواهر دماغية مشابهة لبعضها
وشكل الصداع السنباتوي أدنى قوى يتصف بكون الشرايين الصدعية
للجهة المرضية في أثناء النوبة صلبة متوترة والوجه باهتا باردا والعين في
هذه الجهة هابطة والحدقة مقعدة وأما شكل الصداع العصبي الوعائي
الشللي المصوب بتوارد دموى شرياني نحو الرأس فينصف باحمرار الوجه
والاذن في الجهة المرضية وارتفاع حرارتها مع تمدد الشرايين الصدغية بل
والسباتية وزيادة نبضها وتندى الوجه بالعرق في الجهة المرضية احيانا ومع
تمدد في الحدقة كثيراً أو قليلاً واحمرار الملتحمة واحتقان باطن في العين

ثم ان هذا الناء مرض كثير الحصول جدا حتى ان كل طبيب مارس الاشتغال
 بالطب العملي يشاهد عدة أحوال تسفر جلة مسنين بدون الحصول على فائدة
 عظيمة من صناعته و يشاهد هذا المرض عند كل من الذكور والاناث الا
 انه أكثر مشاهدة في النساء وهذا المرض وان عدم أمراض الاغنياء
 الا انه يشاهد أيضا في الفقراء ويكون اذذاك متعبا للغاية حيث لا
 قدرة لهم على صيانة أنفسهم وفي غاب الاحوال يكون ابتداءه
 عند الذكور في سن المراهقة وعند معظم النساء يكون حصول النوب
 في اثناء زمن الطمث أو قبله بقليل وعند آخر بن من المرضى تحصل النوب
 بدون شك عقب الانفعالات النفسية ونحوها وكثيرا ما يشاهد حصول نوب
 هذا المرض عند المصابين به عقب المسك في المجامع أو نحو المناسبات
 والملاعب

ثم ان حصول النوبة يكون بالكيفية الآتية وهو أن المرضى بعد ان تكون
 متمتعة بتمام الصحة قبله تمس عند الاستيقاظ من النوم أو بعده بقليل
 بالاعراض السابقة للنوبة أو بابتدائها فتمس بهبوط عام واسترخاء مع كآبة
 وبقشعريرة وميل للنشأوب وفقد في الشهية غالباً مع تعبس الفم ثم ينضم لذلك
 ألم في الرأس يكون غالباً قصراً على جهة منه ويستدجد بسرعة حتى يصير
 غير مطاق فيضطر المريض للمسك في فراشه من التوتر والالم الحاصل في
 الرأس وتكون المرضى كثيرة التأثير من الضوء والغط فلذا يلتزمون المسك
 في الاود المظلمة مع العزلة عن الناس وتسام أنفسهم من عيادة احد لهم
 حتى الطبيب - والنبيض يكون غالباً بطيئاً وعتدارتقاء درجة نوب الألم
 يحصل عند بعض المرضى في اثناء كل نوبة غثيان وفيه يقذف به من المعدة
 سائل من الطعام مخضر اللون وبعض المرضى الذين يحصل عندهم نوب كثيرة
 في هذا المرض يقنى حصول هذا القيء بل يجتهد احياناً في احداثه بدغدغة
 الحلق فهو ريشة وعند اقبال المساء يحصل النوم غالباً في العادة تستيقظ
 المرضى في الصباح في حالة صحة بدون ألم غير انها تكون متكدرة في نفسها
 وهذا المرض لا يمدد الحياة مطلقاً لكن من النادر ان تخلص المرضى من
 امهه بالكلية ولو ان النوب تتعاقب احياناً ببطء و احياناً بسرعة وانما عند

بعض النساء خصوصا من كان منهن مصابات بوب هذا المرض مدة من الطمث
يشاهدن زواله بالسكينة عند دخولهن في سن اليأس وانقطاع الطمث بالسكينة

المعالجة

ذكر الملم وستون انه باستعمال قدرار سبع نقط أوسته من السائل
الزرنخي للعلم فولير ثلاث مرات في النهار أو أربعة مع ملاحظة حالة النساء
الخصية يحصل شفاء في معظم الاحوال اعني في تسعة أحوال من عشرة لكن
هذا القول منفرد في الطب الهللي وأكثرا لاطباء يذكرون هذا المرض
يستعصى عن المعالجة في معظم الاحوال حتى ان كثير من المرضى لا يندب
الطبيب لذلك لتأكله من هدم الفائدة في المعالجة لكن ذلك من جهة أخرى
لم يصل عن المبالغة فان الطب الهللي في العصر المستجد قد استيقظ لمعالجة
هذا المرض والتجارب الشخصية دلت المرضى على انهم يقعون في الاسباب
المعينة على طرقات البوب وانهم يبالون عند حصول بوب ثقيلة بقون أنفسهم
في محل خال من الضوء والقط مع تجنب المشاق الجسمية والعقلية والاعذية
ومن جملة الوسائط الموصى بها بكثرة في هذا المرض ماله تأثير بحقق أقدمه
ما من الزم في تباعد النوب وتلطيفها كلبونات القهوين (بان يعطى منه
من ٣ سنجرام الى ٥ في مدة الفترات جملة مرات في النهار والاجود بما
لا يان برغ ان يعطى منه مقدار عظيم مدة النوبة من ٦ سنجرام الى ١٢
ومتفوق ابن قبل التعمير وبعد التعمير وس يعطى منه صباحا ومساء وكذا
البولينات التي تعطى على شكل عجينة جورافا والسائل الزرنخي لغواير
من ٤ نقط الى ٦ ثلاث مرات كل يوم وكر بونات الحديد (عند وجود
الانيميا) والكينين عندما تكون النوب منتظمة الطرز تقر يساوي برومور
البوتاسيوم - واستنشاق اذوتيت الاميل الموصى به من المعلم برجر وينبغي
الاحتراس التام عند استنشاق هذا الجوهر الدوائي فينبذ اعلى حسب
قوله ثلاث نقط وبخطة واحدة على رأي اياي بورج وان كان التأثير غير كاف
يزاد المقدار الى ست نقط او ثمانية ويكرر الاستنشاق كل ربع ساعة وتأثير
هذا الجوهر الدوائي الذي يحدث في الاوعية استرخاء يحدث كذلك بسرعة
حرارة واجرار في الوجه وهذا التأثير كما انه يحدث استرخاء في الاوعية

او زوال تشبهها يزيل الالم وقتئذ فحل استغماله حينئذ شكل الصداع
المعروف بالسباتوى التشبهي وكذا قد اوصى ايلنبروج باستعمال خلاصة
الجويدار المائية أى الجويدارين (من ستة ديسيجرام الى تسعة كل يوم على
شكل حبوب) فان هذا الجوهر الدوائى له تأثير قابض على الاوعية
الدموية كما انه يستعمل محلولاً بالحفن تحت الجلد فينبذ يستعمل فى الشكل
الشلى واغلب الاطباء الخاصين بالامراض العصبية قد تحصلوا على نجاح
عظيم فى هذا المرض باستعمال التيار الكهربائى اما المتقطع أو المستمر
فالاول يستعمل على هيئة الشكل المسمى بالتيار اليدى بانه يمسك المريض
بيده أحد القطبين الموصلين والطبيب الموصل الآخر وفى أثناء ذلك
يضع الطبيب يده الأخرى على جبهة المريض المبتلة ويسلط عليها فى أثناء
دقيقة تسين أو خمسة تبار خفيف وأما الثانى فهو المستعمل الآن عادة ويؤثر به
على الدماغ اما فى اتجاه مستقيم أو منحرف - وأحياناً قد يحصل على فائدة
عظيمة من تغيير الهواء أو من استعمال معالجة لثقة بيماء البنايسع أو
الحمامات الطبيعية أو بالماء البارد أو بالاقامة على الجبال أو بالحمامات
البحرية أو الحديدية انما يندران بكون النجاح مستمرا - ولا جعل تسكين
ألم الرأس الشديد وقتئذ ينبنى ربط الرأس أو وضع مائة مملوءة بالجليد عليه
أو قطعة من القطن مبتلة بالكوروفورم مع استعماله القهوة أو بعض
المنقوعات الممرقة وكذا الضغط على الشريان السباتى له تأثير على الالم
وذلك أنه فى الشكل التشبهي يزداد الالم بالضغط على شريان الجهة المريضة
ويتلطف بالضغط على شريان الجهة المقابلة وفى الشكل الشلى يتعكس
التأثير بالضغط وأما المخدرات فليست ممدوحة فى أحوال الالم العصبى الذاتى
فإن بعض الاطباء وان تحصل على نتيجة جيدة بالحقن بالمورفين تحت الجلد فى
الالم العصبى الذاتى للرأس الا ان ايلنبروج لم يجد من ذلك ادنى فائدة فى
الصداع الحقيقى

المبحث السادس

(فى الالم العصبى العنقى القمعدوى)

اصابة الفروع العصبية الحساسة للقمعدوى والقفا والعنق الناشئة من

الفروع الاربعة الاولى العنقية نادرة جدا بالنسبة لاصابة الفروع الحساسة
 وتوجه الاحوال المذكورة من هذا المرض غير عديدة بحيث يستنبط منها
 معرفة اسبابه وينتج من مشاهدات المعلم (والكس) ان ظهور هذا المرض
 يحصل عقب تأثير البرد الشديدة المستطيل وان نكسائه تحصل غالباً بسدة
 الشتاء وان سيره حميد ولا يستعصى عن المعالجة ويظهر كذلك أنه ينشأ من
 امراض الفقرات التي تحدث ضغطاً على الجذوع العصبية عند خروجها
 من القناة الفقرية ومن ارتفاع العقد الليفية الغائرة للفاغ وضغطها على
 الضفيرة العنقية والعصب القمعدوى العظيم ثم ان المرضى المصابين بهذا
 الالم العصبي يشكون بالأم مسفر أصم قاصر على بعض الاصفار وينضم لهذا
 الالم زمنا فزمناً ثوب آلام ناعسة جداً تنتشر الى اتجاهات مختلفة
 والاصفار المؤلمة في هذا الالم العصبي تبعاً للمعلم والكس هي أولاً الصفر
 القمعدوى السكائن أسفل المؤخرى بين التتوالحلمي والفقرة الاولى العنقية
 وهذا الصفر يحاذي محل نفوذ العصب القمعدوى من العضلة المؤخرية
 الغائرة ويظهر أسفل الجلد وثانياً الصفر العنقي السطحي الذي يوجد اعلى
 نصف العنق بين العضلة الزاوية والقصية الترقوية الحلبية وهذا الصفر
 يحاذي محل خروج أعظم فرع الضفيرة العنقية وصيرورته سطحيًا وثالثاً
 الصفر الحلمي السكائن خلف التتوالحلمي وهذا الصفر يحاذي محل مرور
 كل من العصب القمعدوى الصغير والاذنى العظيم واربعاً الصفر الجداري
 السكائن بجوار الحدية الجدارية وخامساً الصفر الاذنى السكائن خلف
 صيوان الاذن

ومن هذه الاصفار تنتشر الآلام وقت النوبة تارة جهة المؤخرى وتارة الى
 الجهة الخلفية العليا من العنق وطوراً نحو الامام جهة الوجه واحياناً الى
 أسفل الكتف ولا يندران يتضاعف الالم العصبي القمعدوى العنقي بالآلام
 عصبية وجهية أو بالآلام عصبية في الضفيرة العنقية العصبية وهذه النوب
 تظهر بطرز غير منتظم تارة بدون اسباب مسددة وتارة عقب تحريك الراس
 أو غيره من الاسباب الواهية جداً ومن النادر ان تصل الى درجة شدة عظيمة
 مثل الالم العصبي الوجهي كما أنه يندرجد اوجود تغيرات مادية من الاعصاب

العنقية وهذا المرض قليل الاستعصاج دواء قصير المدة فهو ليس مثل التيبك المولم

ثم ان المعالجة بعملية القطع العصبى فى الالم العصبى القمخدوى العنقى لم تفعل بالكيفية فى هذا المرض وفى الاحوال الحديثة أوصى المعلم والسكس باستعمال الحرارة ريق مع التدكيرار باستعمال حبوب مجلين وكذا يحصل فى هذا المرض على نجاح عظيم بواسطة التيار الكهر بائى المستمر انما ينبغي ان يكون خفيفا بسبب شدة حساسية المرضى وباستعمال الحقن بالاورفين تحت الجلد اذ به تخف هذه الآلام العصبية بل تشفى احيانا

(المبحث السابع)

(فى الالم العصبى العنقى العضدى)

يعنى بهذا المرض الالم العصبى الذى يجلسه الفقر يعات الحساسية الضفيرة العضدية المتكونة من الاعصاب الاربعة الاخيرة العنقية مع العصب الاول الظهري

وهذا الالم ينشأ دون غيره من الآلام العصبية من اسباب مدركة بجروح فقر يعات الضفيرة العضدية الدائرية للذراع او اليد عند الفسسد ونحوه من الآلات الواخزة والضغط الواقع على هذه الفقر يعات العصبية بواسطة كرات من الرصاص عقب جروح الاسلحة النارية أو الرض أو الاورام العصبية وكذا الضفيرة العضدية نفسها يمكن ان تعترى اصابة عقب ضغط العقد الليفغافية المنتفخة للابط أو اثره التصلام عظمية اعقبت كسر الضلع الاول أو اورام نورزماوية فى الشريان تحت الترقوة أو فى قوس الابهر وبالجملة يمكن ان يعترى اعصاب الضفيرة العضدية اصابة مرضية حال خروجها من القناة الفقرية بواسطة تغيرات مرضية فى الفقرات نفسها وتصلب فى حالة تميج نشيج وهنالك أحوال أخرى لا يمكن فهمها معرفة حقيقة المؤثرات المهيجة التى أثرت على اعصاب الضفيرة العضدية وحدثت الالم العصبى فيها وفى مثل هذه الاحوال يعتبر هذا الالم تغيرا غير مدرك فى الاعصاب عقب الاصابة الروماتزمية فى الغمد المصبي أو التصلب العظلى الشديد كالافراط من الشغل باليد والزرع - ومن الواجب التنبيه

عليه أيضا ان نوب الالم العصبى القلبي تصطبغ أحيانا بالام عصبية على
 مسير اعصاب الضفيرة العضدية وأحسن ما يوجه به انتقال الالم من
 الاعصاب القلبية الى الاعصاب العضدية هو توسط كل من العصب القلبي
 العظيم والصغير حيث ان كلا منهما ما ينشأ من العقدة العصبية السمباتوية
 العنقية الوسطى والسفلى فانهما كثيرا ما يتحدان بالعصب العنقى السفلى
 ثم ان الالم العصبى فى هذا المرض يمتد أحيانا الى معظم الاعصاب الحساسة
 للضفيرة العضدية وفى أحوال أخرى يكون قاصرا على الابط والعقد وتارة
 يتبع الالم مسير العصب الزندى أو الكعبرى أو العصبى الجلدى والاصفار
 المؤلة فى هذا الالم العصبى تبعا للعلم والسكس هى الصفراء فقل الابط
 ثم الصفراء المعلوم للعصب الزندى فى الجزء السكاث بين الحدة الانسية للعضد
 والنتو المرفقى وجزء الزند السكاث أعلى راحة اليد الذى فيه يصير العصب
 سطحيا وبالنسبة للعصب الكعبرى الجزئى من العضد الذى فيه ينعطف هذا
 العصب على عظم العضد والجزء الآخر جزء العارف السفلى من النتو الأبرى
 الكعبرى السكاث أعلى قبضة اليد والالم الناحس الذى ينتشر فى الاصابع
 الموازية يكون شديدا جدا وينعاقب بكثرة بحيث ان الفترات التى لا تكون
 تامة بالكلية فى هذا المرض تكون قصيرة المدة بالنسبة لغيرها من باقى
 الالام العصبية وهذا الالم يصطبغ بتنمل وخدر فى الاصابع يستمر ان
 بعد النبوة وقد تحصل اضماريات غشائية فى الاجزاء المتوزعة فيها
 الاعصاب المرصعة على شكل طفحات جلدية كالبهقجوس والانجيرية أو
 التمايات فى الاصابع وكثيرا ما توجد مضاعفة بأرض عصبية أخرى كالالام
 العصبية فى العنق أو بين الاضلاع أو فى العصب الوركى وكل من سير هذا
 الالم العصبى العنقى العضدى ومدته وانتهائه يشابه غيره من الالام العصبية
 مشابهة تامة

﴿المعالجة﴾

اذا كان الالم العصبى ناتجا عن اصابات جرحية كالقص أو غيره من
 الاصابات الجرحية اعقب عملية النقع العصبى فنجاح تام سيما اذا كان هذا
 الالم حديثا ولم يصير اعتيادا يوما عدا الوسائط العلاجية الممددة كورة فيها

تقدم يدح بكثرة في هذا الالم العصبي زيت الترمنتين كما سيأتي بيانه في
مبحث الالم العصبي الوركي وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بواسطة محلول
المورفين اقوى تأثيرا من استعماله في محال اخرى ومن الناجح جدا في هذا
المرض استعمال الكهرلانية على شكل التيار الكهرمائي الجواني فان
المعلم ارب تحصل به على نجاح عظيم وزيادة عن ذلك ينبغي في معالجة هذا
المرض اعتبار السبب الاصلى لاجل تجنبه أو ازالته ان امكن ومن جملة
ما يستعمل ايضا في هذا المرض من الوسائط الاعتيادية الحمامات اليدوية
الفاترة ثم تغليف الذراع بالقطر والدلك بمرهم الوبرا ترين جرام منه على ٣٠
من الشحم مع اضافة قليل من خلاصة الافيون

﴿المبحث الثامن﴾

(في الالم العصبي بين الاضلاع)

هذا الالم عبارة عن تنبه مرضي في الالياف الحساسة لاحد الاعصاب الشوكية
او في كثير منها سيما فروعها العظيمة التي يعبر عنها بالاعصاب بين الاضلاع التي
تصل من المسافات العليا للاضلاع الى القص ومن السفلى منها الى الشراسيف
وهذا الالم اكثر الالام العصبية وجودا ويشاهد بكثرة في النساء وحصوله في
الجهة اليسرى اكثر منه في اليمنى والغالب ان يصيب الهرع السادس
والسابع والثامن من الاعصاب بين الاضلاع وقد ذكرنا فيما تقدم التوجيه
الحسن العقلي الذي ذكره المعلم هنلي في هذا الخصوص بان كثرة اصابة
الفروع بين الاضلاع السفلى اعنى التي ينصب دمها في الوريد المنفرد يدل
على ان عدد الشبكه الوريدية التي يكثر حصولها في هذا المحل وتضغط بسهولة
على الجذوع العصبية الشوكية له دخل عظيم في حصول هذا المرض -
وفي بعض الاحوال يعترى الاعصاب الظهرية اصابة مرضية بعد خروجها
من الثقوب بين الفقرات ناشئة عن تغير النهاي في الفقرات او عن تركز في
الاضلاع او اتفاخ في العقد الليفانية وقد يحصل الالم العصبي بين الاضلاع
عقب زوال التهاب البلوراي وشفائه - وقد شاهدت في ظرف سنة واحدة
حالتين كانتا متعلقتين بدون شك بهذا السبب ولا يعلم الى الان حقيقة
التغيرات التشريحية التي تحصل في الغمد العصبي او الاجزاء المحيطة

بالعصب مدة سير الالتهاب البلور اوى اولى اثناء امتصاص المضغ البلور اوى
 فى كل من هاتين الحالتين ومثل ذلك يقال فى الالم العصبى بين الاضلاع
 الذى يصاحب السل الرئوى وحيث ان هذا المرض يشاهد كذلك بكثرة عند
 النساء الاستيريات المصابات بأفات ضمنية فى الرحم فقد وجه ذلك بامتداد
 التبريج العصبى المرضى من اعصاب الرحم الى الضفيرة العصبية بواسطة
 التضاع الشوكى ثم ان الاصفار المؤلمة للعلم والكس يمكن تعيينها بسهولة
 فى الالم العصبى بين الاضلاع أكثر من غيره من باقى الآلام العصبية
 فالصفر الاول المسمى بالصفر الفقرى يشاهد فى الجهة الخلفية للمسافة
 بين الاضلاع وحشى النتوء الشوكى بقليل أى فى موازاة محل خروج
 العصب من الثقب بين الفقرات والصفر الثانى أى الجسانى يوجد فى
 وسط المسافة بين الاضلاع موازيا لمحل انقسام العصب بين الاضلاع الى
 فروع عصبية البعض منها يصير سطحيا والصفر الثالث يوجد فى محازاة
 الاعصاب بين الاضلاع العليا قريباً من القص بين الغضاريف الضلعية
 وفى محازاة الاعصاب بين الاضلاع السفلى فى الجزء العلوى من البطن قريباً
 من الخط المتوسط ويسمى هذا الصفر بالقصى أو بالشراسيفى وهو يوازي
 الاجزاء التى فيها تصير الاعصاب بين الاضلاع سطحية أى جلدية وهذه
 الاصفار المحدودة غالباً تكون عند الضغط ولو الخفيف كثيرة
 الحساسية مؤلمة أما استمرارها بحيث تصبح المرضى عندها مسها او عادة تعرف
 المرضى محل هذه الاصفار المؤلمة وتظن غالباً انها تنبئ بمرض حيث ان
 الالم له مشابهة عظيمة بالالم الرضى وهذه الآلام المسفرة تزايد أيضاً بحركات
 التنفس العميقة والسعال والعطاس واحياناً بحركات الذراع بحيث يحصل
 عن ذلك نوب آلام ناخسة شديدة جداً تبتدى عادة من الاصفار الفقرية
 وتنتشر الى جهة الامام فى المسافات بين الاضلاع واحياناً يكون تشعبها
 من الصفر المتوسط الى جهة الامام والخلف والضغط الخفيف فى هذه الحالة
 يسكن الالم وقد ذكر المعلم رومبرغ انه شاهد حالة فى شخص صار المحل
 الذى كان يضط علىه باليد فوق سترته متعرياً عن الير ومن المستغرب
 وغير الواضح مضاعفة هذا الالم العصبى كثيراً بالضغط المنطوقى كضاعفة

غيره من الآلام العصبية ما اضطرابات غذائية أخرى وسير هذا المرض غير منتظم وفي الغالب يظهر شيئاً فشيئاً ثم يزول تدريجاً بعد زمن كثير الطول أو قليلاً وقد يستعصى أحياناً ويستمر جملة سنين

وأجود ما يوصى به في معالجة الآلم العصبي بين الاضلاع استعمال الحرارة بقى على الاصفار المؤلة والحقن بالمورفين تحت الجلد وأجود من ذلك استعمال التيار الكهربائي بنوعيه لاسيما المستمر بحيث يوضع أحد القطبين على العمود الفقري والاخر على الصفر المؤلم المتوسط أو المتقدم ويكون التيار قوياً مستمراً مع ملاحظة حالة البنية ومعالجة الاضطرابات الغذائية

المبحث التاسع

(في الآلم العصبي الثديي المعروف بتيج الثدي)

من المشكوك فيه كون مجلس الآلم العصبي الثديي الاعصاب المتوزعة في الغدة الثديية الاتية من الاعصاب بين الاضلاع والاعصاب تحت الترقوة المقدمة وقد وصف المعلم رومبرغ هذا الآلم العصبي موضحاً قائلاً انه يوجد جملة نساء خصوصاً من وقت البلوغ الى سن الثلاثين يحصل عندهن زيادة حساسية في كثير من اصفار الغدة الثديية بحيث لا يتحملن اسهالاً لاسكلية كما انه يحصل عندهن زمناً فزناً من انخساف مؤلة جداً في الثدي تنشع نحو السكتف والابط والحاصرة واحياناً يحصل في اثناء هذه النوبة قي والمرضى لا تستطعن الرقاد على الجهتين ويصير ثقل الثدي عندهن غير مطاق والعادة ان تتراد الآلام قبل الطمس بقليل وهذا المرض كثير ما يمتد جملة أشهر بل وسنين بدون ان يحصل في الغدة الثديية أدنى تغير مادي وفي أحوال أخرى تظهر أورام صغيرة محدودة سهلة الحركة في الثدي من حجم العدسة الى حجم البندقة وتكون منشأ الآلم (ولذا يعبر عنها بالاورام المؤلة للثدي) وهذه الاورام التي لا تتقيد مطلقاً بل قد يفقد الآلم منها مع امتداد الزمن غير متكونة من جوهر الغدة الثديية بل من منسوج خلوي ولا يمكن استنباع وصول الاعصاب اليها - وأجود شيء في معالجة هذا الداء ما أوصى به المعلم كوپير من وضع شمع على الثدي متكون من اجزاء متساوية من شمع الصابون الطبي وخلاصة البلادونا وأما المعلم رومبرغ فقد أوصى

في هذا المرض باستعمال محبوب مركبة من خلاصة الشوكران ومن خلاصة
رؤس الخنثفاس من كل منهما واحد سيجرام (يعنى قمحتين) ومن خلاصة
الدانورة من ١٥ ملليجرام الى ٣ سنتجرام أعنى من ربع قمحة الى نصف
قمحة وزيادة عن ذلك فقد يستعمل الحقن بالمورفين تحت الجلد لاجل تسكين
الآلام وذكر ايلنبورغ حالة مستعصية عند شابة سنها عشرون سنة
وكرر لها فعل الحقن نحو ثلاث سنوات ١٢٠٠ مرة مع تزايد في مقدار
الحقن بدون ادى ضرر وكذا المعلم ارب ذكر حالة شفيت بالكهربائية وفي
الاحوال المستعصية جسدا يجوز استئصال الاورام المؤلمة بل ربما يسوغ
استئصال الثدي بتمامه

المبحث العاشر

(في الام العصبى القطنى البطنى)

الام العصبى القطنى البطنى عبارة عن ألم يصيب الفروع العصبية الجلدية
الناتجة من الزوج القطنى الخامس المتوزعة في الجزء السفلى من الظهر
والايتين والجدر المقدمة من البطن واعضاء التناسل وفي هذا الشكل من
الام العصبى يوجد على الدوام نقط مؤلمة ثابتة ينهم اليها زمنا فزمنا
آلام ناعسة شديدة جدا وهذه الاصفار المؤلمة هي أولا الصفرة القطنى
وحشى الفقرة الاولى القطنية بقليل ثانيا الصفرة الحرقى الكائن أعلى
وسط العرف الحرقى بقليل أعنى في المحل الذى فيه ينقب العصب
الحرقى الختلى العضلة المستعرضة ثالثا الصفرة الختلى أنسى الشوكة
الحرقية المقدمة العليا بقليل أعنى في محل ما ينقب العصب الحرقى العانى
العضلة المستعرضة رابعا اصفار أخرى في جبل الزهرة أو جلد الصفن
أوالشقرين العظيمين اللذين فيهما تنتهى الاعصاب الجلدية والآلام
الناعسة تنتشر وتشتع في الايتين عند اصابة الفروع الخلفية وفي الاجزا
التناسلية الظاهرة عند اصابة الفروع المقدمة وكل من سير هذا المرض
وأسبابه ومعالجته يشابه الام العصبى بين الاضلاع بالكافة

﴿المبحث الحادى عشر﴾

(فى الام العصبى الوركى المعروف بعرق النساء).

عرق النساء عبارة عن الام العصبى الذى يصيب الاعصاب الحساسة من الضفيرة الوركية المتكونة من الزوج الرابع والخامس القطنيين ومن الزوج الاول والثانى العزبيين

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاعصاب المتكونة للضفيرة الوركية يمكن ان يعترجها اصابة ونهيج مرضيان عند خروجها من الثقوب بين الفقرات حلا عقب تسوسها أو تمرطها - وماعد ذلك قد يكون عرق النساء متعلقا بضغط واقع على الضفيرة الوركية فى تجاوز يف الحوض كالتفاح العسقد اللينفافية الحوضية الكائنة خلف البريتون كما شاهدت ذلك فى امرأة مصابة باللكمية اللينفافية وبهذه الكيفية تؤثر التولدات المرضية الجديدة للحوض بضغطها على الضفيرة الوركية ومن ذلك ايضا المواد السفلية المتسكاثفة الصلبة ونوايات بعض الاثمار كالكرز المجمعة فى التعريج الذى كما شاهدت ذلك المعلم بامبرج وكذا الرحم المتمدة بالجل سباعند انحشار رأس الطفل زمنا طويلا وفى هذه الحالة حيث كان عرق النساء كثيرا ما يتردد ويظهر ثانيا عقب زواله بعد الوضع بجملة ايام فمن الجائز القول بانه يكون اذ ذلك متعلقا بالضغط الواقع على السمك العصبى والمنسوج الخلوى المحيط بالضفيرة الوركية من المقصلات الانتهائية الناتجة عن الانتهاب الرحى الدائرى المتجمعة فى المنسوج تحت البريتون أو المدكيسة داخل البريتون - وبالجلة قد يكون ناشئا من مهيئات أثرت على الانتهاآت الدائرة للعصب الوركى ومن هذا القبيل تعد احوال عرق النساء الناتجة عن ضغط النعل الضيق مثلا أو فسد او ردة فى القدم او عن اورام اوتورزماوية فى الطرف السفلى او تولدات مرضية على مسير هذا العصب

ومن جملة اسباب عرق النساء التى لا تحدث تغيرات مدركة فى جوهر هذا العصب المشاق الشديدة وانقطاع العرق الاعتيادى أو بعض الطفحات الجلدية أو نأثير البرد خصوصا النوم على الارض الرطبة وهذا الاخير كثير

الحصول حتى ان ينبوع اغلب احوال هذا الداء يكون روماتزميا فانه كثير اما
 ينشأ عقب تأثير البرد على الجلد المغطى لهذا العصب سيما في اثناء استعمال
 المراحيض المتساكن فيها التيار الهوائي وحينئذ لا يستغرب من كون كل من
 العصب التوحي الثلاثي والوركي هو الاكثر اصابة بالالام العصبية فان
 الاول يكون عرضة لتأثير البرد طول النهار والثاني عرضة له بالاقفل في اليوم
 مرتين عند تعري الجلد المغطى له ثم ان هذا الداء كثير الحصول جدا كما ثبت
 بالقوائم الطبية ويندر حصوله للاطفال ويكثر جدا من سن العشرين الى سن
 الستين وفي الرجال والعقراء اكثر حصولا منه في الاغنياء والنساء
 * (الاعراض والسير) *

قد ثبت قول المعلم رومبرغ في معظم الاحوال ان كل فرع عصبى من الصغيرة
 القطنية والعجزية اعنى من ثنية الفخذ الى طرف اصابع القدم لا يخلو
 عن الاصابة بالالام العصبية وان اعتبار مجلس الالم في جزع العصب الوركي
 نفسه دائما امر عادي فقط والاعصاب التي يتبع الالم سيرها غالبها هي العصب
 الفخذى الجلدى الخلقى وحينئذ يكون مجلس الالم الجهة الخلفية الوحشية
 من الفخذ ثم الفرع السطحي للعصب الشاخلي فينشأ يشغل الالم الجهة
 الوحشية المقدمة من الساق وظهور القدم ثم العصب القصبى المشترك وهنا
 يشغل الالم السكب الوحشى والحافة الوحشية من القدم ومن الشاهد ان
 تكون الفروع العصبية المتوزعة في راحة القدم مجلس الالم وانما تشاهد
 الالم عصبية شديدة في العقب والجزء الخلقى من راحة القدم ناشئة عن اصابة
 التفرعات الاخيرة من العصب القصبى والاصفار المولدة في هذا المرض
 توجد تبعاً لرأى المعلم والكس اسفل المدور العظيم ثلاثة منها في الفخذ على
 مسير العصب الوركي الاصلى وبعضها في الركبة واحدها منها اسفل
 العرف القصبى وآخر على السكب الوحشى وبعضها على السكب نفسه
 وظهور القدم

ثم ان عرق النساء لا يظهر غالباً بشدة قوية فجائية بل بالتدريج حتى يرتقى
 الى أعلى درجة والمرضى المصاب به لا يخلون من الالم مطلقا بل يشككون على
 الدوام بالالم مفرغاً رخصاً صاحبة المدور العظيم عند محل خروج العصب

الوركي وبالاتم في الجوز يسمى المعلم ر ومبرغ بالالام المصاحبة حيث ان
 مجلسها ليست فروع العصب الوركي بل تفرعات العصب العجزي الخلفي
 وينضم لهذا الالم المستمر زمنا فزمننا آلام ناخسة على مسير الاعصاب السابقة
 وعلى حسب صعود الالم من اعلى وسقوطه الى اسفل وبالعكس ينقسم الى
 صاعد ونازل وهذه الآلام تحصل اما من ذاتها سيما وقت المساء عند دخول
 المريض في فراشه بحيث يكثر نزوجه منها بسبب ذلك واما عقب ضغط
 ظاهري أو تحريك الطرف السفلي بل وتوتر الصفاق العريض من الفخذ ولو
 قليلا يثيرها ولذا يلتزم المرضى في فراشها بشئ الطرف السفلي قليلا وكذا
 بنوتر هذا الصفاق عند حركات السعال أو العطاس حيث تكون غالباً مصحوبة
 بالآلام شديدة ثم ان المرضى تحرك الطرف السفلي المصاب عند المشي
 وتضعه على الارض بغاية الاحتراس حيث ان كل حركة قوية أو خطوة عنيفة
 تحدث نوبة آلام شديدة وليس من النادر ان يصطبغ عرق النساء بتقلص
 عضلي في سمانة الساق أو بغيره من الانقباضات العضلية وذلك اما بسبب
 اشتراك الالياف المحركة في الاصابة أو من انتقال التبرج المرضي
 ومن يانه من الالياف الحساسة الى المحركة بواسطة القضاغ الشوكي ولا نشاهد
 تغيرات غذائية أى مادية في الصغيرة الوركية المريضة مثل ما يشاهد
 في غير هذا المرض من الآلام العصبية لكن ان استطال المرض زمنا
 طويلا جدا شوهد ضمور الطرف المريض المصون عن الحركة دوما
 واحيانا يعمى قابلية تنبيه الباف هذا العصب تغير تدريجي واضح ينشأ
 عنه ضعف في الحساسية أو شلل

ثم ان هذا الداء مرض يستعصى جدا بل الاحوال الجيدة فيه تسفر
 غالباً بجملة أسابيع حتى يزول بالكلية وزواله يكون عادة تدريجيا مثل
 حصوله وباقى أحواله قد تمسكت عدة أشهر أو جملة سنين ومن أقرب شئ
 تحصل نكساته بعد البرء التام

المعالجة

يندر ان تمام الدلالات العلاجية السببية فان كان هذا المرض ناشئا عن
 أمراض في العمود الفقري يلزم استعمال مصرفات قوية جدا على هذا

العمود بواسطة المقص أو الحديد المحمي وأما المؤثرات المرضية التي تحدث
 هذا المرض ويكون مجاسها في الحوض فليس منها ما يسهل زواله بالمعالجة
 الا امتلاء التوريج السيني وحيث ان هذا الامر كثير ما يصاحب ظهور
 عرق النساء ولو يندر كونه السبب الوحيد فينبغي ابتداء معالجة عرق
 النساء بمسهل لطيف وان بقي بعد الولادة الشاقة وكان ناشئاً عن
 التهاب في الغمد العصبي أو الاجزاء الخلوية المحاطة بالصفيرة الوركية
 ينبغي ارسال العلق ارسالاً متكرراً مع وضع الضمادات الفاترة وضعا مسعراً
 وفي أحوال عرق النساء الروماتيزمي يوصى باستعمال الحمامات الفاترة مع
 المداومة أو الحمامات الفاترة المعدنية وأجود الجواهر المضادة للروماتيزم
 استعمال الامن الباطن يودور البوتاسيوم بمقدار عظيم سيما اذا شوهد منه خفة
 الالم وحصول الفجاح يكون واضحاً في الاحوال التي فيها يحصل الزكام اليهودي
 والطفحات اليهودية - وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال
 الحديثة استعمال الاستفرغات الدموية الموضعية واستعمال المحاجم أولى
 من ارسال العلق وما ذكره من استعمال الفصد العام في معالجة هذا
 المرض في بعض كتب الامر اض الباطنة مبني غالباً على نقل ما ذكره بعض
 المؤلفين قديماً بدون أن يكون لذلك ادنى اتباع في الطب العملي وليس ثم في
 هذا العصر من يقول باستعمال هذه الوساطة في هذا المرض وأما في الاحوال
 غير الحديثة فينبغي استعمال المصرفات الجلدية سيما الحرارية في الطيارة
 فتوضع واحدة على القسم القطني بجوار العمود الفقري في محاذة محل
 خروج الاعصاب المكونة للصفيرة الوركية وأخرى خلف المدور العظيم ثم
 ينزل بها الى أسفل في محاذة المحال التي فيها يصير العصب سطحياً قريباً
 من الجلد الى القدم وزيادة على هذه الحرارة يبقى يستعمل الكي الخطي
 السطحي على مسير العصب الوركى ويكون شديداً بالحديد المحمي والمقصود
 على بعض اصفار من مسيره كما يستعمل الكي على ظهر القدم وبين اصابعه
 الوحشية (كطريقة العرب) وقد يستعمل أيضاً على صبيان الاذن وتأثير
 هذه الوساطة ولو وقتياً غير يبية التوجيه وكذلك يحصل الصباح العظيم
 من التيار الكهر باقى المنقطع بواسطة استعمال الفرشة الكهر بائية

ولاسيما من استعمال التيار المستمر في كثير من أحوال هذا المرض المستعصي عن المعالجة جدا وأما الجواهر الدوائية النوعية فالأهم منها في الاستعمال هو زيت الترمنتين على هيئة مستحلب بأن يؤخذ منه نصف درهم مضافا له أوقية من العسل ويعطى منه مرتين في النهار كل مرة ملعقة واحدة صغيرة وكثير من الأطباء يوصى باستعمال هذا الجوهر الدوائي لاسيما الشهير رومبرغ وأما القطع العصبي فلا ينبغي استعماله إلا إذا كان المرض شافغلا يقينا لقربعات دقيقة سطحية وأما استعمال الورتارين والاكوتنين والمورفين الذي لا يستغنى عنه في هذا المرض فيقال فيه ما قيل في معالجة الأمراض العصبية على العموم واستعمال الكهرباء في هذا المرض كغيره من الآلام العصبية مهم للغاية على هيئة التيار المنقطع وبالأولى المستمر ولذا ينبغي استعمالها في جميع الأحوال الثقيلة من هذا المرض التي لم تثمر فيها الطرق العلاجية الأخر بشرط أن لا تكون ناتجة عن أسباب غير قابلة للشفاء ويوضع القطب الموجب بقرب البورة المرضية ما أمكن فيكون وضعه أما على الفقرات القطنية أو العجز أو الشرم الوركي أو على جزع العصب أو أحد فروع العظمية ويوضع القطب السلبى على الانتهاء الدائري له ويسلط على العصب المريض التيار الشديد كل يوم أو يومين من ٥ دقائق إلى ١٠ وقد تظهر ثمرة الكهرباء في هذا المرض أحيانا عما قيل من الاستعمال وأحيانا بعد جلة أسبوع ولا يكاد يستغنى في هذا المرض عن الحقن بالمورفين تحت الجلد لتسكين الآلام وقتها

* (المبحث الثاني عشر) *

(في الآلام العصبية الفخذية المعروف بعرق النساء المقدم)

قد تصاب الفروع العصبية المنتوزعة في الجهة المقدمة من الفخذ والساق الآتية من الضفيرة القطنية بآفة عن إصابة بعض فروع هذه الضفيرة المسمى ألمها بالآلام العصبية القطنية البطنية وحيث لم يتوزع هذا الألم بالمرض المذكور في الجهة الخلفية الوحشية كالآلام العصبية الوركي بل يتوزع في الجهة المقدمة الانسية من الفخذ والساق ويمتد أحيانا إلى الكعب الإنسي وجهة القدم الانسية حتى يعم الإبهام والسبابة منها فيسمى باسم غير

صائب وهو الالم العصبي الوركي المقدم أى عرق النساء المقدم ثم ان هذا الالم نادر جداً بالنسبة للخلق ويمكن حصوله مثله فى كونه اما أن ينشأ عن ضغط على العصب عند خروجه من القناة الفقرية أو عن مهيجات تؤثر على الضفيرة القطنية وهى فى الحوض أو فروعها المتوزعة فى الدائرة أى فى الجهة المقدمة من الطرف السفلى كما ان الفتق المخنق وخلع الفخذ والتهاب المفصل الفخذى الحرقفى لا يندر أن ينبج عنها ضغط على العصب الفخذى أو توتره وثوران. ولم فى حساسية فروعه الجلدية ثم ان الالم العصبي الفخذى فى سيره وانتهائه يشابه عرق النساء فى سيره كذلك وانتهائه بل والمعالجة أيضاً

ومن الاحوال النادرة جداً أن يكون العصب الشاظى مجلس الالم العصبي وينصف بانتشار الالم على الجهة الانسية العليا من الفخذ واضطراب فى حركة العضلات المقربة للفخذ بسبب اشتراك الالياف المحركة لهذا العصب المتوزعة فى تلك العضلات وحصول هاتين الظاهرتين فجأة وهو يتبين باعراض انسداد المذى انسداد احاداً مع المغص القولنجى والالتهاب البريتونى هو العلامة الوحيدة الدالة على تشخيص الفتق المختنق فى الثقب الساد

* (المبحث الثالث عشر) *

(فى الانستازيا الجلدية)

(أى ضعف حساسية الاعصاب الجلدية أو قدها بالسكينة)

فقد الحساسية الجلدية أى عدم حساسية الاعصاب الجلدية عقب تأثير المنبهات الظاهرة ينشأ أولاً عن فساد أو فقد فعل الاجزاء الدماغية المنوطة بنقل تنبيه الاعصاب الحساسة الى القوة المدركة وقابلية تنبيه الاعصاب الحساسة فى هذا الشكل قد تكون باقية على حالتها الطبيعية مع فقد الحساسية التام عند المرضى عقب تأثير المنبهات الظاهرة وهذا الشكل من فقد الاحساس الذى كثيراً ما ذكرناه عرضاً للجلدة أمراض دماغية لا تتعرض له بالسكينة فى هذا المبحث ولا نذكر هنا الا الاحوال المرضية للاعصاب الدائرية ثانياً فقد يحصل الانستازيا عن انقطاع توصيل تنبيه الالياف

العصبية الدائرية الى الدماغ عقب فساد الالياف العصبية النخاعية الشوكية
 المنوطة بنقل التوصيل الى المركز الدماغى وفي هذا الشكل كذلك تكون
 قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية على حالة سلامتها الطبيعية وقد ذكرنا
 عند الكلام على التهاب النخاع انه كثيرا ما يشاهد ان المنبهات المؤثرة
 على الدائرة بشدة عظيمة جدا لا يصل تأثيرها المنبه الى الدماغ ولا يمتد اليه
 مع ان المنبهات الخفيفة يمتد تأثيرها المنبه من الاعصاب الحساسة الى
 الاعصاب المحركة وينتقل اليها فتحدث حركات انعكاسية ويستدل من
 هذه الظاهرة على انه في مثل هذه الاحوال لم تزل قابلية تنبيه كل من
 الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة على حالتها الطبيعية في المحال
 السكاثة أسفل الجزء الذى انقطع فيه فعل التوصيل الى المركز الدماغى
 ولا تتعرض أيضا هنا للكلام على هذا الشكل ثالثا قد تحصل الانستازيا
 عقب تغيرات غذائية في الاعصاب الدائرية تؤدي لفقد قابلية تنبيهها كما
 ان ذلك يحصل أيضا من انقطاع اتصال هذه الاعصاب بالمركز العصبى
 الدماغى الشوكى بطريقة ميكانيكية وهذا الشكل هو الذى نتعرض له
 في هذا البحث ونشره ومع ذلك فلننبه على اننا نعتبر كل عصب حساس
 أو محرك دائريا أى ليس مركزا من ابتداء منشأته من الدماغ أو من
 النخاع الشوكى سواء كان سائرا فى الجمجمة أو القناة الفقرية أو خرج منهما
 وتر كهما وهذا الاعتبار ليس اختيارا ولا غير صائب بل يرتكن فيه الى
 ان جزء العصب السارى داخل الجمجمة أو القناة الفقرية يشابه بالكلية جزءه
 السارى والمتوزع خارج هذين التجويفين بالنسبة لفقد قابلية تنبيهه عند
 انقطاع اتصاله بالاعضاء المركزة وهذا الاعتبار سهل الاثبات فى
 الاعصاب المحركة فانه عقب اصابة مريض بالسكتة فى الجسم المضاع
 اليسارى وفقد الحركة الارادية من الجهة اليمنى من الوجه لم تزل أعصاب
 الجهة المنشلة حافظة لقابلية تنبيهها الطبيعى جملة أساسى بحيث يمكن
 بواسطة التيار الكهربائى تحريك كل عضلة على حدها فى هذه الجهة
 وبالعكس اذا كان العصب الوجهى قد اعتراه فساد داخل الجمجمة بعد
 خروجه من الدماغ فما قليل يشاهد انطفاء قابلية تنبيهه كما يشاهد ذلك عقب

قطع الاعصاب الدائرية بحيث لا يمكن احداث انقباضات عضلية في عضلات الجهة المشتلة وأما الاعصاب الحساسة فلا يمكن اثبات هذا الامر فيها بكيفية واضحة ومع ذلك فن الجائز أن يقال ان كل نوع من نوعي الاعصاب يشبه الآخر من هذه الحيثية وأقل ما هنالك انه في أحوال الاستئازيا المركزة للعصب التنوي الثلاثي يبقى هذا العصب حافظا لقابلية التنبيه زمن اطول ولا كما يضح ذلك من استمرار الظواهر الانعكاسية كرمش الاجفان عند لمس الملقمة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التغيرات الغذائية للاعصاب التي ينتج عنها فقد قابلية تنبيهها واهية جدا غالباً وغير مدركة بحيث لا يمكن مشاهدتها بلا واسطة مثلاً متى انقطع توارد الدم الشرياني الكثير الاوكسجين الى عصب فقد هذا العصب قابلية تنبيهه ولا شك ان ذلك ناشئ عن تغيرات طبيعية أو كيميائية في باطن العصب غير انه لا يمكننا اثباته ولا الوقوف على حقيقةها وكثيراً ما نشاهد طبقة القشاجار الفسيولوجية ان الاجزاء المتوزع فيها ثمر يان منسد بواسطة سد ذاتية أو سارية يعتبرها فقد الحساسية قبل تكوين الدورة الجانبية التفرعية فيها وكذا تأثير البرد تأثيراً مستمراً يمنع عنه فقد حساسية الجلد وذلك بسبب احداثه انسكاشاً في الاوعية الشعرية الجلدية وانها في الاعصاب الجلدية ومن الجائز أن الاستئازيا التي تحصل عقب التسمم بالجويدار تنشأ عن حالة انيميا في الاعصاب الحساسة الدائرية عقب تضايق تشنجي في جذر أعينهم الشريانية ومن قبيل هذه الاستئازيا الدائرية أي الناتجة عن فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة الدائرية وانطفائها بدون وجود تغيرات مادية الاستئازيا التي تطرأ كثيراً عقب تأثير البرد وتسمى الروماتيزمية وكذا الاستئازيا التي شاهدها المعلم رومبرغ في كل من ابدى واذرع الغسالات وهل الاستئازيا الناتجة عن التسمم الزحلي متعلقة بتغيرات غذائية غير مدركة في الاعصاب الدائرية أو بتغير غير طبيعي في الاعضاء العصبية المركزة أمر مشكوك فيه ومثل ذلك يقال في تأثير وفعل الجواهر المخدرة كالانبر والسكوروفورم فانه لم يثبت ان هذه الجواهر عند تأثيرها

الموضعي تكون قاصرة على الموضع المؤثر فيه بل الظاهر انها تؤثر كذلك على الدماغ أيضا في آن واحد فهل يشاهد تأثيرها المخدر الواضح مع بقاء وظائف الدماغ على حالة سلامة تامة وأما الانستازيا الاستبرية فلها خصوصيات سند كرها في بحث الاستبريا

وأما الانستازيا الناشئة عن ضغط مستقر مستو بواسطة الاربطة أو الملابس فانها عبارة عن درجة ابتدائية من اشكالها التي فيها لا يظن بوجود تغيرات مادية عصبية فقط بل يثبت فيها ذلك مع غاية الوضوح فانه انشاهد من هذا القبول حصول ضمور وابسداء الاستقامة الشحمية في جميع الاجزاء التي يعترىها ضغط مستقر ولا بد ان يعترى الاعصاب في مثل هذه الاحوال ما يعترى باقي الاجزاء من التغير الا ترى انه بواسطة الضغط مثلا الواقع على أى عصب من وجود أورام مختلفة الطبيعة أو انسكابات أو نضج مرضي لا يندران يفقد هذا العصب قابلية تنبيهه وينقطع فيما بعد اتصاله بالمرأكة العصبية بالكلية فالانستازيا المصاحبة للجذام الاسويجي (نسبة لبلاد الاسويج) لا بد وان تكون ناشئة عن الضغط الذي يعترى الاعصاب الحساسة داخل الفتنة الفقرية والجمجمة من النضج المتكاثف فيها وفي أحوال أخرى من الانستازيا يكاد جزء من العصب فساد بواسطة تغير التهابي ولا حاجة للتطوير على التغيرات المادية التي تنشأ عنها الانستازيا لثلا يلزم التكرار بالنسبة لما ذكر في أسباب الآلام العصبية فان عين المؤثرات المرضية التي تحدث ارتقاء في قابلية تنبيه العصب عند تأثيرها تأثيرا ضعيفا وغير مستطيل تحدث أيضا عند تأثيرها تأثيرا مستطيلًا قويًا فقد اتى قابلية تنبيه العصب المذكور بل فساد فيه بالكلية

في الاعراض والسير

فقد الحساسية اما ان يكون تاما أو لاف في الحالة الاولى لا تحدث المهيئات التي تؤثر على الدائرة كالضغط أو اختلافات درجة الحرارة ادنى احساس وفي الحالة الثانية وان احدثت احساسا الا انه يكون غير واضح وغير أكيد وعند وجود انستازيا غير تامة كثير ما يحصل احساس بنمّل أو خدر ويحس المريض كأن بين الجلد والجسم الملامس أو ساطا أخرى غريبة وقد وجه المعلم

هتلى هذه الظاهرة بان الاحساس زال من الانتهاء الدائرية للاعصاب وكانه ارتد عن اتجاهه نحو الاعضاء المركزية فكانما يوجد بين الجسم والملابس والعصب طبقة من جوهر عديم الاحساس والتأثير وهذه النظريات يمكن توجيه هذه الظاهرة بأن البرودة التي تمتد بالاكتر الى انتهاء تفرعات الاعصاب الحساسة تحدث نوع شمل وخسوف في الجلد وهناك نوع آخر من الانستاز يسمى بفقد حساسية اللم وفي هذا النوع لا تحدث المنبهات الشديدة جدا ادنى احساس باللم مع وجود حساسة اللمس وتوجيه هذه منبهات علينا ويمكن اعتبارها تبه العلم هتلى درجة ضعيفة من الانستاز بايقال ان هذه الظاهرة عند وجودها لا ينشأ عن المؤثرات المهيبة الشديدة شكل الاحساس الاعتيادي باللم بل ينشأ عنها شكل آخر من الاحساس الذي يظهر عند تأثير مهيجات خفيفة على اعصاب ذات قابلية تنبيه طبيعية غير أن هذا القول يشترط فيه أن ينشأ عليه ان في مثل هذه الاحوال المرضية لا تدرك المنبهات الخفيفة بالكلية وهذا الشرط مفقود في احوال فقد حساسية اللم وأصعب من توجيه الظاهرة المذكورة شكل الانستاز يا المعبر عنه بشلل الاحساس الجزى فانه في هذا الشكل ينطفئ الاحساس بتأثير بعض مهيجات مخصوصة ويستمر بتأثير بعض مهيجات أخرى ولم تكن أشد قوة مما قبلها - فمثلا ينطفئ الاحساس باللمس مع بقاء قابلية الاحساس باختلاف درجة الحرارة وبالعكس يعني ان حساسية اللمس تكون موجودة وتنطفئ قابلية الاحساس بدرجة الحرارة

ثم ان الناموس العصبي المعروف بناموس الظواهر الدائرية الذي به يدرك كل تنبيه عصبي حساس كتنبيه حاصل في انتهاء الدائرية ولو كان تأثير السبب المنبه واقعا على جزء هذا العصب يوجه لنا بسهولة عدم تشكي المرضي بالآلام في الاجزاء التي فقدت حساسيتها ولا تتأثر من المنبهات الظاهرية وهذه الظاهرة تعرف بالانستاز بالمؤلمة أعني فقد الاحساس المؤلم الذي يوجد في جميع الاحوال التي فيها تنطفئ قابلية احساس هذا العصب الى صغرها وخرجه معلوم منه وزيادة على ذلك تكون فيها باقي اجزاء العصب التي اعلى هذا الصغر الحافظة لقابلية تنبيهها ومتصلة بالمركز السمعي الشوكي عرضة

لتأثير سبب مهيج مستمر ومن الواضح ان هذين الامرين يصطحبان بكثرة في الاحوال التي فيها تضغط الارام على أحد الفروع العصبية فان الجزء العصبي الكائن بين الدماغ والورم الضاغط يبقى حافظا لقابلية التنبيه فيدرك تأثير السبب المهيج المستمر وأما جزؤه الكائن بين الورم والدائرة فتنتطفي فيه قابلية التنبيه بالكلية

وأما استازيا الاعصاب العضلية ففيها تنفاص قابلية ادراك درجة انقباض العضلات أو استرخائها أو تفقد بالكلية وفي مثل هذه الاحوال يكون للمرضى احيانا قدرة على اجراء جميع الحركات التي تؤمر بفعلها وان لم يمكنها بدون حساسية الابصار المحكم على درجة اجراء الحركات المفعولة فانها مثلا يمكنها القبض باليد على الاشياء مادامت حركة القبض عليها مصحوبة بالنظر وعند غلق العين تسقط الاشياء القابضة عليها من أيديها وان كان فقد الاحساس مصيبا لاعصاب الاطراف السفلى امكن المرضى المشي مدة النهار لكنها في الظلام تهتز وتضطرب في مشيها ولا يمكنهم التقدم في المشي مطلقا

وكثيرا ما تضاعف الاستازيا باضطرابات دورية غذائية في الاجزاء المنشلة فدرجة حرارتها تكون غالبا متناقصة زيادة عن درجة واحدة ووظائفها مضطربة وافر ازها متناقصا وازيادة على ذلك تكون مقاومة هذه الاجزاء قليلة جدا فانها باقل تأثير يرد يعتريها التصلد مثلا وحرقتها وجروحها وفروخها لا تشفى الا بعصر عظيم جدا أو لا تشفى بالكلية وتحصل فيها الغنغرينا الوضعية بسهولة عظيمة جدا وكل من البشرة والاطافير يتفلس ويتشقق والجلد يصير مزرقا وتحصل الاوذيم في المنسوج الحسلي تحت الجلد ثم ان بطء الدورة يوجه به بسهولة الاضطرابات المذكورة التي تعترى الاجزاء الفاقدة الحساسية وان لم يتضح فيها سبب بطء الدورة ويظهر تبعاً للتجارب الفسيولوجية للعالم اكسمن وقر يمان العقل ان بطء الدورة ناشئ عن اضطراب في الالياف العصبية السمباتوية المصاحبة للالياف العصبية الشوكية في سيرها فان المعلم المذكور شاهد أنه عند قطع الاعصاب الشوكية بين الخضاع الشوكي والعقدة العصبية السمباتوية في الضفادع يحصل شلل وفقد في الحساسية فقط بدون حصول اضطرابات غذائية في الاجزاء المنشلة

وأما عند قطع الاعصاب الشوكية المذكورة خارجا عن العقدة الممبأتوية
أعني بعد اختلاط الالياف العصبية الشوكية بالممبأتوية بواسطة القروع
التفممية فإنه يشاهد اضطراب الشلل وفقد الحساسية في هذه الاجزاء المنشئة
مع مباتة في لون الجلد وتقلص في البشرة واحتقانات ضعفية في الاوعية
الشعرية وأذيماء ونحو ذلك من الاضطرابات الدورية

ومتى كان العصب المنفصل عن المراكز العصبية أو الفاقد لقابلية
تنبيهه بأى مؤثر مضر مشل على الياق محركة والياق حساسة اجتمع فقد
الحساسية حيثئذ يفقد الحركة أيضا بل ويظهر كأن العصب الفاقد لقابلية
تنبيهه تعتمد منه هذه الحالة الضعفية المرضية بواسطة العقدة العصبية الى
أعصاب أخرى مثل ما ان العصب المتنبه تنتقل منه هذه القابلية الى أعصاب
أخرى بواسطة العقدة العصبية وتوسطها وعلى مقتضى ذلك توجه المشاهدة
الآتية وهى ان فقد حساسية العصب التوأى الثلاثى ينضم اليه ضعف
في حساسية كل من عصب الشم والعصم كما ينضم الى المهم العصبى ضعف في
حساسية الفنوات العصبية وكانضم الشلل غير التام الى فقد الحساسية
المستطيلة زمنا طويلا المعروف بالشلل الانعكاسى

وليس من السهل تمييز اشكال الانستازيا الدائرية عن اشكال المركزية والذي
يرتكز اليه في التفضي من التمييز بينهما هو امتداد فقد الاحساس
وتضاعفه بشلل في الحركة أو عدم وجود هذا التضاعف فان كان فقد
الاحساس مثلا عاما لحدثى الجسم ومصاب بالشلل النصفى الجانبي أيضا
دل ذلك بدون شك على ان فقد الاحساس مركزى وان كان فقد الاحساس
منتشرا على النصف السفلى من الجسم وكان مصاحبا لشلل النصف السفلى
أيضاً دل ذلك على وجود آفة في التضاع الشوكى وعند وجود فقد في حساسية
البصر يدل الشلل المصاحب له على ان شكل الانستازيا مركزى وان كان
مصحوبا بحركة طبيعية في أعضاء الابصار وغير هاد ذلك على ان شكل
الانستازيا دائرى ومن المهم جدا فى التمييز بين هذين الشكلى وجود الحركات
الانعكاسية التى اثرنا لها فيما تقدم فان كان فقد الاحساس دائريا فان
كان العصب منفصلا من الدماغ أو كانت قابلية تنبيهه مفقودة لا يمكن

انتقال تنبيهه الى الاعصاب المحركة فلا تحصل حينئذ حركات انعكاسية وأما ان كان فقد الاحساس مركزيا بمعنى ان جزء الدماغ الذى فيه تتركز الاحساسات وتصل الى الدماغ منفسد في الجائر ان يكون السبيل الذى منه ينتقل التنبيه من الاعصاب الحساسة الى الاعصاب المحركة على حالة سلامة فيمكن حينئذ حصول حركات انعكاسية وهذا غير ما يحصل اذا كان التضاع الشوكي منفسدا في بعض اصغاره المحدودة كما في التهاب العود الفقري أو التهاب التضاعى المحدود وأما عند اصابة هذا العضو بالالتهاب المنتشر أو الضمور فالغالب فيه عدم حصول حركات انعكاسية - وهناك دليل آخر قطعي يدل على اختلاف هذا الامر أى على وجود بعض الحركات الانعكاسية في أحوال الانستازيا المركزة وعدم وجودها في أحوالها الدائرية وهو انه ان حصل فقد الاحساس في المنطقة عقب السكتة الدماغية فان المريض لا يحس بالكلية عند ملامسة الغشاء المخاطي للثة غير أنه يحصل للعين غلق بدون ارادة لان التنبيه ينتقل من التفرعات العصبية الحساسة للعصب التوأمى الثلاثى ويمتد الى التفرعات العصبية المحركة للعصب الوجهى وأما اذا كان فقد احساس المنطقة متعلقا بفساد في عقدة جسيرى أو الفرع العينى من التوأمى الثلاثى فان المريض لا يحس بلامسة المنطقة ولا يغلق عينه بدون ارادة فان انتقال التنبيه من العصب التوأمى الثلاثى الى العصب الوجهى في هذه الحالة غير ممكن بالكلية ثم ان سير الانستازيا يتعلق بالكلية بمرضاها الاصلى فان كان العصب قد اعتراه تفرق اتصال بواسطة آلة قاطعة فان الاحساس يفقد عما قليل من الزمن أحيانا وأما اذا كان العصب الحساس منفسدا في امتداد عظيم منه فان فقد الاحساس يستمر طول الحياة وكل من فقد الاحساس الروماتيزمى والناجم عن ضغط غير شديد منتظم على مسير العصب بقامه ينتهى غالبا انتهاء جديدا خلافا لباقي اشكال هذا المرض

المعالجة

معالجة الانستازيا لا تثمر الا في الأحوال التى فيها يمكن ازالة السبب الناجمة عنه وأحيانا يقتضى الحال لفعل عمليات جراحية أولا استعمال معالجة مضادة

لروما تيزم ويندر هنا عقب زوال السبب زوال المسبب عنه بسرعة وفي مثل هذه الاحوال تستعمل الدلائل كالجواهر المنبهة الروحية أو العطرية بل والكهربائية كما أنه يمكن استعمال المياه على هيئة التشلل أو الحمامات الطبيعية ولو ان رجوع قابلية التنبيه الى الاعصاب التي انطفت منها أمر غير محقق ولا مقطوع به

المبحث الرابع عشر

(في استئزاز العصب التوأمي الثلاثي أي فقد حساسيته)

(* كيفية الظهور والاسباب *)

المؤثرات المرضية التي تحدث الالم العصبي الوجهي تبعاً لما بيننا في المبحث السابق يمكن ان تحدث كذلك فقد حساسية العصب التوأمي الثلاثي بتأثيرها تأثيراً شديداً مستطيلاً جرداً فقد وجد في بعض أحوال استئزازاً احدى محيطي الوجه انضغاط عقدة جلمري بواسطة أو رام أو متوصلات النهائية أو فسادها أو كابتها لاسيما حالات مرضية كما أنه وجد في احوال اخر ان احد الفروع الثلاثة للعصب التوأمي الثلاثي استئززه ضغط أو اصابة جرحية أخرى قبل خروجه من الجمجمة أو حال خروجه من ثقب العظم الوندي وفي احوال وهي الغالب وجد فقط بعض فروع العصب التوأمي الثلاثي متقطعة عقب العمليات الجراحية أو منفسدة ومتمسكة عقب التقيح أو ضغط بعض الغدد عليها أو متقرقة عقب استئصال بعض الاسنان سيما الفرع السفني من هذا العصب ثم ان السير الجيد في بعض احوال هذا المرض يدل على انه يمكن حصوله من اسباب وقتية برهية كتأثير البرد الذي ينشأ عنه بعض تغير في الغمد العصبي

في الاعراض والسير

في الاحوال التي تفقد فيها جميع الياف العصب التوأمي الثلاثي قابلية تنبيهها يكون من الواضح ان جرح هذا العصب أو عقدة جلمري هو الذي استئزاه التغير أو الفساد وفي مثل هذه الاحوال ينقسم الوجه الى قسمين متساويين مميزين عن بعضهما احدهما حار والاخر غير حساس وكذا تجاوب الوجه المتوزعة فيما فروع حساسة من هذا العصب يحصل فيها

مثل ذلك أيضا في الجهة المريضة يمكن لمس العين أو الضغط عليها أو خزها
 ووخز الانف كذلك بالان واخلزة مديبة أو تأثيرا بحجرة مهيجة فيها بدون ان
 نحس المرضى بشئ من ذلك وعند وضع فارورة مثلا من الزجاج على الشفة
 لا نحس الا بجهة منها واحدة بحيث تظن المرضى انها منكسرة وكذا انصف
 اللسان يكون كذلك ويسيل اللعاب من الجهة المريضة من الفم وفي المطعومات
 تبقى معلقة بين فكي هذه الجهة بدون ان تدركها المرضى ولا تشاهد ظواهر
 الانعكاس في عضلات المقل عند تنبيه الملقمة كما ذكرناه في البحث السابق
 وعلى العكس من ذلك فنحصل عند وقوع ضوه شديد على الشبكية فانه ينتقل
 التنبيه من العصب البصري السليم الى العصب الوجهي وكان المرضى لا
 نرمش اهدابها عند تنبيه الملقمة لا تفعل حركات العطاس عند تهيج الغشاء
 المخاطي الانفي فان الحركات الانعكاسية لا يحرضها هذا التهيج ولا يمتد
 تنبيهه الى الاعضاء التنفسية وينضم لهذه الظواهر اضطرابات غذائية في
 الجهة المريضة تشبه ما تحصل في حيوان قطع منه العقدة العصبية الجسمية
 بالصناعة كانتفاخ العين الدوالي وتقيصها أو ضمورها وانتفاخ اللثة انتفاخا
 فطريا ويزيد التهويف الفموي والانفي وتلون الوجنة باللون الازرق مع
 انتفاخها وفي بعض احوال اخرى تفقد حساسية الذوق وفي غيرها تبقى محفوظه
 واما حساسية البصر والسمع فكثيرا ما يعتبر بهما تغير مع ذلك يعسر معرفة
 درجة تأثير الاضطرابات الغذائية المذكورة للغشاء المخاطي الانفي والعيني
 في هاتين الحساسيتين ثم ان كان التغير أو الفساد مصيبا لمحل من جزء العصب
 النواحي الثلاثي الكبير والصغير اصططب فقد الاحساس الجانبي للوجه بفقد
 حركة العضلات لهذه الجهة وان كان فساد العقدة تنجيبة أورام عظيمة في
 الجمجمة أو غيرها من التغيرات المرضية الممتدة لتساعد الجمجمة حصل
 كذلك اضطراب في وظائف غير هذا العصب من اعصاب الدماغ سيما
 المحرك للمقل والوجهي والسهمي فيحصل للمريض اصابة عوط الجفن أو عند في
 الحدة وشلل في الجهة المصابة من الوجه وهم في اذن تلك الجهة
 واذا كان جرح هذا العصب غير مصاب بل المصاب أحد طرفي وعه الرئسة
 كان يحصل فقد الاحساس الاجزاء المتوزع فيها الفرع العصبي المريض

فيشاهد فقد الاحساس في المقلة عند اصابة الفرع الاول وفي الانف عند
الثاني ثم في الفم عند الثالث - وعند اصابة أحد الفريعات الصغيرة فقط
لا يفقد الاحساس الا في بعض اجزاء محدودة من الوجه قليلة الاتساع جدا
بحيث ان تجاوزيف الوجه تبقى حافظة لسلامتها

والانستازيا المركزية المنفردة في العصب التوأمي الثلاثي أي التي تحصل
بدون ان تصطبج بفقد الاحساس في نصف الجسم السامت للجهة المريضة
وبدون شلل نصفي جانبي فيه نادرة جدا والذي يرتكن اليه في التمييز بين
فقد الاحساس المركزي دون الدائري قد ذكر في البحث السابق

ومعالجة انستازيا الزوج الخامس يرتكن فيها الى ما ذكر في البحث
السابق وحيث ان هذه الانستازيا كثيرا ما تتعلق بتغيرات مهمة داخل
الجسمه من النادر وجود احوال فيها يعزل الطبيب الى ازالة السبب
الاصلي ومن هذه المثابة كثيرا ما لا تتم فيها المعالجة فان لم يكن ثم سبب أصلي
مانع من الشفاء أو أمكن ازالته ساغ معالجة شلل الاحساس حيث قد بطرق
علاجية واصله فيستعمل زيادة عن الوسائط المنبهة الموضعية المختلفة
كالدلكات البسيطة والدلك بروح - صب العرعر أو المر بيسلا أو الكافور أو
الابوديلدك وبالمرهم العصبي والشلالات الباردة والفاترة الكهربية
لاجل ابقاء الحساسية فانها هي اقوى الوسائط في الانستازيا عموما
وفي انستازيا هذا العصب خصوصا والمفضل التيار الجواني مع الاحتراس
اللازم في استعماله لقرب المحل من الدماغ

(في تشخيص بعض الاعصاب الدائرية ونفعرعها) *

ولنشرح في المباحث الآتية التنبيهات المرضية التي تشاهد في الاجزاء
المتوزع فيها بعض الاعصاب المحركة فكم ان شدة تنبيه أحد الاعصاب
لحساسية ينتج عنه احساس بالمبتضع بطواهر انعكاسية كذلك ينتج
عن شدة تنبيه أحد الاعصاب المحركة انقباض وتصر في الالياف العضلية
المتوزع فيها هذا العصب ثم اوقع التنبيه العصبي المرضي على عصب
محرك بكمية متعاقبة مبررة اسفرا تنقباض الالياف العضلية الذي ينتج من
التنبيه العصبي الاولى حتى يعقبه تنبيه مرضي آخر ولا تحصل انقباضات

عضلية مسفرة يعبر عنها بالتشنجات المسفرة أو التيتنوسية وأما إذا كان تعاقب التنبيه العصبي في أزمنة بعيدة عن بعضها بحيث أن العضلة تسترخي قبل أن يحدث تنبيه عصبي آخر انقباضاً في اليافها وتعاقت حينئذ الانقباضات العضلية مع الاسترخاء فإن ذلك يسمى بالانقباض العضلي المتقطع أو التشنجات المتقطعة

ثم إن الاعصاب المحركة في الاثضاص السليمين ينشأ تنبيهها من البويرة المركزية للارادة وبذلك تنشأ الحركات الارادية أو من بعض اجزاء الدماغ التي تنبيه عند الانفعال النفسي بدون مدخل للبويرة المركزية الارادية ومن هذا القبيل الحركات الناتجة عن حصول انفعالات نفسية كالغضب الشديد والالم ويعبر عنها بحركات الالم أو الغضب الشديدين فانه لا يقصد تقلص الوجه عند البكاء مثلاً حالة الحزن ولا قبض اليد بشدة عند الغضب بل حصول ذلك غير ارادي وهناك بعض حركات تحصل عند السليم بدون ارادة بل بضد الارادة وذلك بواسطة انتقال التنبيه العصبي من الياف عصبية موجهة نحو المركز الى الياف عصبية موجهة نحو الدائرة تسمى بحركات الانعكاسات الطبيعية ويميز بعض هذه الحركات المسماة بالذاتية الناشئة عن منبهات طبيعية قوية مترددة بانتظام كحركات التنفص الناشئة عن تراكم حمض الكربون في الدم وحركات الازدرد الناشئة عن وصول البلعة الغذائية في البلعوم عن الحركات الناشئة عن منبهات نادرة التردد كالعطاس ورمش الهدب ونحو ذلك

ويلاحظ التشنجات بمعنى حالة مرضية فيها يكون تنبيه الاعصاب المحركة ناشئة عن مهيجات غير اعتيادية وغير معلومة وليست ارادية أو التي فيها تأثير المهيجات الاعتيادية يحدث تنبهاً شديداً جداً منتشر في تفرعات الاعصاب المحركة

ثم إن تقسيم التشنجات بحسب نوع المهيجات التي أحدثت التنبيه العصبي أو بحسب الصفر الذي أثرت فيه غير ممكن بحسب درجة العلوم الى وقتنا هذا فان التشنجات التي سنتكلم عليها في هذا البحث تنشأ عن مهيجات مختلفة غير معلومة فهي وإن حصلت في بعض الاجزاء المتوزع فيها بعض الاعصاب

المحركة واقترعت عليها غير اننا لانعلم هل وقع تأثير المهيج على نفس الالياف
المنبهة بلا واسطة أم لا

(المبحث الخامس عشر)

(في التشنج العصبي الوجهي المعروف بالنيك التشنجي وتشنج العضنة)
(كيفية الظهور والاسباب)

التنبه المرضي لفروع العصب الوجهي المتوزعة في عضلات الوجه يعبر
عنه بالتشنج الوجهي أو تشنج العضنة ما لم يكن ظاهرة من التشنجات العامة
واسبابه منبهة علينا ومن القرب للعقل ان التنبه المنعزل للعصب الوجهي
لا يكون متعلقا بتغيرات في الدماغ كما انه في النادر جدا ان يكون
النتيج المحدث لهذا المرض واقعا على هذا العصب داخل الجمجمة أو في
اثناء سيره في قناة فالوب والاحوال التي يكون فيها هذا التنبه ناشئا
عن مؤثرات ظاهرية أثرت في الوجه كالبرد والرض أو ضغط بعض الاورام
لا يستدل منها بالتأثير كيد على ان تأثير هذه المنبهات الرضية على الياف العصب
الوجهي نفسه بدون واسطة وانما أثرت ابداً على تفرعات العصب
التوأحي الثلاثي ثم احدثت فيها بعد بطريق الانعكاس تنبيه العصب
الوجهي وقد يعتبر في احوال أخرى تشنج العضنة نتيجة امتداد التنبه
العصبي من أعضائه بعيدة كالمعا عند وجود اللديدان المعوية ومن الزحم
في الاستيريا ويسمى حينئذ بالتشنج الوجهي الانعكاسي كما ذلك يعد من
الاسباب المنبهة لهذا المرض الانفعالات النفسية والميل للتقليد والظاهر
ان هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء

(الاعراض والسير)

يكاد لا يصاب في معظم احوال تشنج العضنة الاعضلات احدى جهتي الوجه
ويكون فيها مستمرا أو متقطعا ووصفه مع الاختصار المعلم رومبيرغ
بانه مرض يوجد فيه تقلص عضلي في العضنة اما متقطع أو مستمر في احدى
جهتي الوجه أو فيهما معا وذلك نادرا في الحالة الاولى يحصل في عضلات الجمجمة
والمؤخرى المنجذبات الى أعلى أو الى أسفل وانكماش الحواجب ورمش الاهداب
أو انطباق الاجفان واهتزاز جناحي الانف والمنجذاب زاوية الفم الى أعلى

أو أسفل وهذه التقلصات تحصل ثم تقف فجأة ثم تتردد ثانية وعند استمرارها تكون ميازيب جهة الوجه المصابة واضحة غائرة وأزنية الاتف وزاوية الفم وطرف الذقن منجذبة نحو الجهة المريضة وعندئس العضلات يحس بتوترها وصلابتها وحركاتها تتعسر بالكلية بحيث لا يتيسر للرئيس غلق عينه غلقاً تاماً ولا يستطيع منع حصول الذبذبة ولا إيقافها - وكل حركة عضلية ارادية في أحد أجزاء الوجه تصطبغ بتشوهات عضلية في عضلات أخرى منه وفي ابتداء هذا المرض تكون غالباً الجهة المريضة من الوجه مؤلمة وفيما بعد يزول الألم لكن يندران يعقبه فقد الاحساس بالكلية

وفي أحوال أخرى قد لا يكون جميع الياف العصب الوجهي مشتركة في التنبيه المرضي بل المصاب بعضها فقط كالفروع الجفنية أو الشقية أو الشفوية أو فروع صيوان الأذن كما شاهد ذلك الملم رومبرغ في حالة فعند إصابة الفروع الجفنية يحصل في الاجفان انطباق وانفتاح بسرعة أو انقباض تشنجي يعرف بتشنج الاجفان وعند إصابة فروع الشفة تحصل حركات تشنجية تشبه الفصك في جهة واحدة أو في الجهتين معاً تعرف بالانفصك السكبي أو الصاردوني وعند اقصر الصابة على فروع صيوان الأذنين تحصل حركات تشنجية فيهما فتجذبان إلى أعلى أو أسفل مدة خمس دقائق وأكثر وأحياناً يمتد لتشنج الوجهي إلى اعصاب بحركة أخرى مثل امتداد التيك المؤلم فتحصل حركات مصاحبة أخرى في عضلات المضغ أو في العصب تحت اللسان أو الاضافي لولاس أو في الاعصاب الشوكية

وسير هذا المرض من ومدته غير محدودة والعادة ان يستمر طول الحياة بعد حصوله فجأة أو تدريجاً والذي يمنع من الوقوع في الخطأ والتباس الشكل التي تنتمي من هذا المرض بالنجذاب الوجه الذي يشاهد في أحوال الشلل العضلي النصفي الجانبي هو عدم اضطراب حركة عضلات الجهة غير المنجذبة وتأثرها الطبيعي من التيار الكهربائي وكذا الذي يبه عليه الملم برونس من أنه في أحوال هذا الشلل لا يحس عندئس عضلات

الجهة السليمة بقوت ردها فيها ويجذب جلد الوجه في هذه الجهة يمكن استرجاع شكل الفم ثانيا

﴿المعالجة﴾

في الاحوال الحديثة لتشيج السحنة قد تثمر المعالجة المعروفة والمصرقة واما في الاحوال المزمنة او المستعصية فلا تجدى المعالجة نفعا ولو بالسكهر باثية وان نشأ التنبيه المرضى للعصب الوجهى بطريق الانعكاس وامكن معرفة فروع العصب التوائى الثلاثى الناشئ عنها التخرج جازة قطع اتصالها بالدماع بحماية القطع العصبى فانه حصل منها نجاح عظيم في حالتين ذكرهما المعلم رومبرغ فيهما قطع الفرع فوق الحاج وكذا يظهر ان الحقن تحت الجلد بالمورفين له فائدة كذلك في احوال التشيج الوجهى الانعكاسى فقط وفي الاحوال المستعصية ينبغي استعمال السكهر باثية ولوان نجاحها لم يثبت الا في احوال قليلة والاجود استعمال التيار المستمر واما قطع فروع العصب الوجهى نفسه فلا يجوز لما يترتب عليه من مرض اضر من الاول وهو شلل عضلات الوجه واما قطع العضلات تحت الجلد فقد نجح في حالة تشيج السحنة كما ذكرها المعلم ديا فيماخ

﴿المبحث السادس عشر﴾

(في تشيج العصب الاضافى لللس والاجزا المتوزع فيها)

قد يعترى هذا العصب كالعصب الوجهى حالة تنبيه مرضى وكيفية ظهور هذا المرض واسبابه غير واضحة كتشيج السحنة ويقال ان من اسبابه الزواج الرأس الشديد وتأثير البرد أو مرض الفقرات العنقية واما تشيجات القفا التي تشاهد خصوصا في الاطفال عند التسنين المعروفة بتشيجات السلام فالذي يظهر انها ليست ناشئة عن اصابة هذا العصب أو الاعصاب العنقية بل الذي يظهر من سير هذا المرض ومضاعفاته أنه مرض لبعض أمراض الدماغ أو ظاهرة من ظواهر الاكسيميا

في الالهراض والمسير

يتضح التنبية المرضى للعصب الاضاني لوليس بوجود تشنجات متقطعة أو مستمرة مصيبة لجهة واحدة غالباً في العضلات المتوزع فيها هذا العصب أعني في العضلة المربعة المعينية أو في العضلة القصية الترقوية الحلية

ففي الحالة الاولى يشاهد انجذاب الرأس بجهة مرات غالباً الى الخلف انجذاباً مفرقاً بحيث يقرب القمعدوى من الكتف والاذن من الترقوة وبحسب تقاص العضلة القصية الترقوية الحلية أو المنخرقة للفقاريات الرأس اما جهة الامام أو الخلف كما أنه يشاهد في أثناء النوب ارتفاع الكتف الى أعلى بسبب انقباض عضلة العنق المنخرقة وعند امتداد التنسبه العصبي المرضى الى العصب الوجهي يشاهد تقاص الوجه وعند امتداده الى الجزء الصغير من العصب التوأمي الثلاثي ينطبق الفك على بعضهما فيحصل ما يسمي بالسكراز وان اشتركت أعصاب العنق في الاصابة شوهد التواء الرأس وتحرك الأطراف العليا بحركة انغذافية ومثل هذه النوب المصهوبة غالباً بالأم في العضلات أو يحصل اندغامها لا تستقر الا بعض ثوان وتتردد في ابتداء هذا المرض قليلاً ثم يكثر ترددها بحيث يمكن ان يصل عدد النوب نحو الثلاثين مرة في الدقيقة الواحدة حتى تصل المرضى الى حالة الياس وهذه النوب عادة تزول عند النوم والتشنجات المتقطعة المذكورة التي تصيب العضلات المتوزع فيها العصب الاضاني لوليس تظهر عادة بالتدريج ثم تتناقل شيئاً فشيئاً وزوالها بالكلية نادر والغالب استمرارها مدة الحياة بدون تهديد

وتشنجات السلام في الاطفال يعنى بها نوب تشنج منفردة أو متردة فيها يجذب الرأس نحو الامام بسبب تشنج العضلتين القصيتين الترقويتين الحليميتين المتقطع بحيث يكون تردد انحناء الرأس نحو الامام بحركة اللعب الصينية وهذه الانحناءات تتعاقب اما ببطء أو بسرعة بحيث تحصل في الدقيقة أكثر من ثمانين مرة الى مائة وكثيراً ما تشترك بعض عضلات الوجه في التشنج خصوصاً عضلات الاجفان وقد يظهر في بعض الاطفال المصابين بهذا الداء صرع أو بله فيما بعد وربما يزولان بعد التسنين

وأما الحالة الثانية وهي التشنج المستمر في العضلات المتوزع فيها العصب الإضافي لولاس فهي التي ينشأ عنها الشكل التشنجي من التواء الراس إلى إحدى الجهات وفي مثل هذه الحالة يكون التشنج قاصراً على العضلة القصبية الترقوية الحلقية بحيث يجذب الراس نحو الأمام والجانب وأغلب مشاهدة هذا المرض في الأطفال دون البالغين بل قد يشاهد في حديثي الولادة عقب إصابة العصب الإضافي المذكور بالتشنج وقد تسبق نوبة التشنج المستمر بنوب تشنج متقطع وفي ابتداء هذا المرض يعتبر واهياً جدياً بحيث يظن أنه حالة روماتيزمية فيأمر الطبيب بذلك بواسطة الأبودلك أو المروخ الكافورية أو يأمر بغير ذلك من الأدوية التي لا طائل تحتها حتى يتضح له حقيقة المرض عقب ازدياده واستعصائه عن الشفاء بالمعالجة المذكورة فيزداد ميل الراس إلى الجانب المتجذب إليه وتبرز العضلة القصبية الترقوية الحلقية بروزاً واضحاً سيما جزءها القصي على هيئة جبل متوتر وكذا جلد الجهة المقابلة يتوتر وتبرز عضلاته وباستطالة الزمن تتغير محنة الوجه بسبب جذب عضلات إحدى جهتيه بعضلات العنق المتقلصة كما أن استمرار ميل الراس يؤدي لتقوس في العمود الفقري وانحناء الصدر في الجهة المربضة

(العلاجية)

أما التشنجات المتقطعة التي تصيب الأجزاء المتوزع فيها العصب الإضافي لولاس فالوسائل العلاجية لا تجدي فيها نفعاً عظيماً غالباً وإن تبصر للعالم (مورنس) و(مابر) شفاء أحد العساكر وكان مصاباً بتشنج المهدنة مع تشنج متقطع في عضلات العنق عقب استعمال التيار الكهربائي المتقطع في كل عضلة مصابة من عضلات العنق على حدها خمس مرات في خمسة مجالس إلا أن تجارب أخرى في مثل ذلك لم تؤيده في أحوال أخرى فيستنتج أن مثل هذا النجاح استثنائي وكذا استعمال التيار الكهربائي المستمر (بوضع القطب الموجب على العصب الإضافي والقطب السالب على جزء آخر من أجزاء الجسم) يظهر أنه في شكل التشنج المتقطع لا ينفع عنه شفاء تام بل مجرد انحطاط في التشنج والآلام وعين ذلك يقال بالنسبة

للخدرات كالورفين والأتروبين والكورار بالحقن تحت الجلد فانهم لم يؤد
لنجاح تام الا في احوال نادرة وكذا المهرقات الجلدية (بالحرار يقي والمرام
المنفطة) وأما الكي بالحديد المحمى على جانبي العنق فقد تحصل منه المعلم بوش
على شفاء تام في اربع احوال مستعصية واما شكل التشنج المسفر فقد تحصل
منه على نجح تام بواسطة الكهر بائية المسفرة وعند استعماله انقباض العضلة
القصبية الترقوية الحلمية يسوغ استعمال معالجة جراحية هيضائية
بالتعديل او القطع العضلي

(المبحث السابع عشر)

(في تشنجات السمكتاب)

(كيفية الظهور والاسباب)

تشنج الكتاب عبارة عن تلبه مرضي يحصل في بعض الالياف العصبية
المحركة المتوزعة في عضلات الامايع تشنجا يكون فقط وقت تحررها وتتهيأ
للكتاب بحيث يتعذر على المريض الكتابة بالكتابة من الانقباضات
التشنجية وان لم يحصل هذا التشنج في انشاء الكتابة بل من حركات اليد في
غيرها كشغل الجزم أو الحلب وحينئذ يسمى بحسب ذلك

ثم ان كيفية ظهور هذا المرض الذي ليس نادر الحصول وكثيرا ما يمنع
صاحبه من تعاطي صنفته مجهولة بالكتابة وقد ذكرت عدة نظريات في هذا
الخصوص اقر بها للعقل ما قاله المعلم فرس انه عبارة عن مرض عصبي
منعكس فيه لا ينشأ تنبيه الاعصاب المحركة من الاعصاب الجلدية الحساسة
كما هو غالب الامراض العصبية المنعكسة بل ينشأ من الاعصاب الحساسة
العصلية والذي يؤيد ذلك هو ان نوبة المرض لا تحصل مطلقا من ملامسة قلم
الكتابة أو الورق بل من جعل اليد في وضع مستعد للكتابة بدون ملامسة قلم أو
ورق كما أنه يقر بالعقل أيضا ان التنبيه العصبي المرضي لا يحصل فيه
الانعكاس من الاعصاب الحساسة الى المحركة بل من انتقال التنبيه من
المحركة التنبيه بالارادة الى اعصاب محركة أخرى وحينئذ تشنج الكتابة
كتشنجات الرقص السنجي أو تشنج الكلام أي التلجج فيه فالحركات غير
المنظمة التي يحصل اضطراب الكتابة تعتبر حركات مصاحبة

وأما الامور السببية المهيئة فن المشاهدات هذا المرض في الرجال أكثر منه في النساء واختلاف الاستعداد للإصابة هنا مبني على اختلاف الاعتيادات كما يشاهد ذلك في الامراض العصبية وأكثر ما يصاب به من عمن الثلاثين الى الخمسين أى السر الذي فيه تكثر الاشغال العقلية الشاقة وكذا الكتاب والمعلمون والتجار ونحوهم وما يهيئ للإصابة به ضيق اكمام الملابس اذ بذلك تنضغط به عضلات الساعد مرة الكتابة وكذلك الجساوس المتعقب مدة الكتابة واستعمال الاقلام الصلبة وبخاصة الريش المصنوع من الصلب والامور التي يثبت عليها حصول ذلك عند تأثير تلك الاسباب غير معلومة

في الاعراض والسير

تشيج الكتاب يسبق غالباً بتعب اليد وقت الكتابة واحساس بعدم الاستسكان على القلم عند القبض عليه بحيث يظن المريض أنه مجبور على ضبطه بقوة وعند تقدم المرض واتضاعه يحصل انقباض تشنجي وقت الكتابة في الاصابع الثلاثة الاولى (الابهام والسبابة والوسطى) وهذا الانقباض تارة يكون في العضلات القابضة للاصابع وتارة في الباسطة لها وعلى حسب الاولى والثانية يغير تشيج الكتاب الى عدة اشكال كانقباض الابهام التشنجي واختلاج السبابة او اليد او شكل آخر متكون منهما معا والقلم حال الكتابة يهتز الى اعلى او الى اسفل بحيث تظهر الكتابة كنبتش الفراخ بدلا من وضوحها وتوجه فكر المريض للخوف من وقوع ذلك مما يزيد وكما اراد المريض مقاومة ذلك والتمادي على الكتابة كما امتد التشيج الى باقي عضلات اليد والساعد والعضد والغالب ان لا يكون هذا المرض مؤلماً واحياناً يصطبغ بتورم الذراع وعند ترك المرضى الكتابة يزول التشيج رأسا وتعود الحركة الى حالتها الطبيعية وقد شاهد المعلم ومبرغ حالة تشبه ذلك في رجل يهتار كان اذا قبض على المطرقة للدق بها تشجبت عضلات يده حالا فاجبر على ترك صنعته واشتغل نقاشا ثم ان تشيج الكتاب مرض مستعص عن الشفاء ومرض من للغاية ومن النادر شفاؤه واذا حصل تحسب فلا يستطيل غالباً وبعض المرضى يصبر لاجل التعيش على تعلم الكتابة باليد

البصرى ولكن من سوء حظهم كثيرا ما يصيبهم اصاب الاولى

(المعالجة)

معالجة تشنج الكتاب قليلة الجدوى غالباً سيما بالنسبة للأشخاص الذين لا تسمح حالتهم باقلال الكتابة أو تركها بالكلية ومع ذلك يتيسر للطبيب تطبيق حالة مثل هؤلاء الأشخاص باعتبار الحالة السببية وتقوية البنية ومنع استعمال الريش والاقلام الصلبة وتنظيم الامساك بها وقت الكتابة أو باستعمال اجهزة بها يمكن للريش الكتابة بدون حركات متواقة منتظمة في الاصابع (كتنشيت الريشة أو القلم بواسطة حلقة معدنية تختلط بالسبابة أو غرس الريشة في قطعة من خشب القاي ونحو ذلك) وكذا بالاستراحة من الكتابة مدة أشهر أو تمرين اليد اليسرى على الكتابة لكن قد لا يتوصل بجميع هذه الوسائط الاعلى بعض تحسين أوراخ ومن النادر الحصول على شفا تام والكهر بائية هنا هي الوساطة العظمى وبالنسبة لاستعمال التيار المستمر قد اختلفت آراء الأطباء المتفخرون بالمعالجة الكهر بائية فالمعلم ارب يفضل تسليط تيار مستمر مساعد بوضع احد القطبين على القسم العنقي من العمود الفقري والقطب الاخر على اعصاب الذراع المريض وعصلاته ففي كثير من الاحوال شوهت منعة هذه الطريقة بمقارنة الكتابة وتحميمها بعد كل جلسة كهر بائية وكذا بتناقص الاحساس بعد اليد لكن من النادر ان يحصل على نجاح تام وبشروط للحصول عليه التمسك على هذه المعالجة عدة أشهر مع استعمال تيار غير قوى جدا

(المبحث الثامن عشر)

(في الانقباض العضلي التشنجى الدائى لعضلات الاطراف)

(كيفية الظهور والاسباب)*

التشنجات التيتية نوعية التي تصيب أحيانا عضلات الاطراف ولا تكون عرضاً لمرض في الدماغ ولا لضعف الشوكي تسمى أطباء فرانس (بالتشنجات العضلية الذاتية) فهي حسب تسمائهم الا لام العصبية اسمكهم بعصر علينا

في هذا المرض الاستدلال على النعيران التشريحية للتشبه المرضى
الحاصل في مسير الاعصاب المحركة كما يعبرها لنا وجود التغيرات
التشريحية للتنسيب المرضي الحاصل في الاعصاب الحساسة في احوال
الآلام العصبية والسير الجيد غالباً لهذا المرض يقرب من العقل أن
التشخيص الذاتية للأطراف تنبع عن تغيرات واهية وقبلة عادة في
الاعصاب أو في اغمارها حتى ان بعض المؤلفين اعتبر هذه الحالة المرضية
كشكل من الرومازم ونسبها للاحتقان مع أو دوماً في الاغمار العصبية
وهذا التوجيه سوغ القول به في كثير من الاحوال لاسيما التي تظهر عند
الاطفال السليمين من قبل ومع ذلك فالتشخيص الذاتية العضلية في
أثناء نقاهة بعض الاصابات المرضية الحادة أو المزمنة التي تؤثر تأثيراً مضرراً
قوياً في التبادل العنصري وتغذية الجسم وتؤدي لاضطرابات وظيفية
عظيمة هتدة كالتي فوس والحجبات الاجابية وداء بريكت والدفتري يقرب
للعقل جداً ان التشخيص الذاتية تتعلق في مثل هذه الاحوال باضطرابات
جوهرية عصبية غير معلومة تظهر في أثناء سير الامراض السابق
ذكرها وينتج عنها اضطرابات في الوظائف المختلفة ويوجه وجود
التشخيص العضلية الذاتية والتي تظهر في أثناء الحمل والنفاس بكيفية مماثلة
لتي سبقت

ثم ن هذا المرض لاسيما الشكل الاول منه ينشأ عن تأثير البرد غالباً ويحصل
على الخصوص في أثناء الطفولية وقول والكس ان هذا المرض نادراً بحيث
لم يشاهده كثير من الاطباء مستغرب عندنا فانا شاهدنا عدة عظيمة
من احواله واتذ كر قول كريكورغ من ان هذا المرض ليس من اشكال
الامراض الرومازمة النادرة عند الاطفال

في الاعراض والسير

قد سبق هذا المرض مدة بعض أيام اضطراب بني عموي مستمر كالهبوط
والنعف وأما ابتداءه فيتضح باحساس مؤلم في الاطراف السفلى
والعليا معا وتارة في اليدين والساعدين وتارة في القدمين أو الساقين وهذا
الاحساس المؤلم يمتد على مسير الاعصاب ويتضح كذلك احساس

بتمثل وجثاوة وتعذر في حركة مفصل الاطراف المصابة ثم بعد استقرار تلك
 الاعراض زمنًا متفاوتًا تطرأ تشنجات سريعة وقوية في سماتني الساقين
 وتشنجات عضلية أخرى تسهيل بسرعة الى انقباضات يتنوسية مستمرة
 وبذلك تصير الاطراف العليا في حالة انقباض مستمر والسفلى في حالة انبساط
 مستمر أيضا فان كان هذا المرض غير معلوم وشوهد مثل هؤلاء الاطفال
 اول مرة ووجدت الاطراف يابسة غير متحركة والركبة ممددة والعقبان
 مرنين الى أعلا والابهام مشنجان في راحة اليدين امكن الظن بوجود
 آفة ثقيلة في الاعضاء العصبية المركزية وكل من بسط الاطراف العليا وثني
 السفلى يكون مؤلما للغاية عند الاطفال والعضلات المنقبضة تكون يابسة
 واضمة ويظهر حول المفصل عادة انتفاخ أو ذيماوى خفيف في الجلد وقد
 تمتد الانقباضات للتنوسية في بعض الاحوال الى عضلات البطن والظهر
 بل والوجه والى العضلات المضغية ثم ان التشنجات العضلية الذاتية لا
 تصطبج ببعضى وان اصطحبت بها فاما الاتصال لدرجة عظيمة عادة وطروقه
 الانقباضات عند بعض المرضى قد يكون مصحوبا باحساس بضيق وتوارد
 دموى نحو الرأس وسير هذا المرض يكون قصيرا في غالب الاحوال فانه
 بعد قليل من الايام تزول هذه التشنجات العضلية وتعود الحركة ثانيا
 لحالتها الطبيعية وهى احوال أخرى قد تستطيل مدة هذا المرض كما أنه قد
 يحصل في بعض الاحوال نكسات وزعم بعض الاطباء كدلبش وهمن ان
 هذا المرض يتقوم من عدة نوب تشنجية وان هذه النوب قد تستمر بعض
 دقائق أو ساعات أو أيام وأنه في أثناء الفترات بين النوب يوجد بعض
 جث ووضف في الاطراف تارة وتارة لا يوجد أو أنه يوجد ضعف في
 حساسية الجلد والعضلات في أثناء ذلك لكن الاحوال التي شاهدها
 لم تشاهد بها نوب وفترات من هذا القبيل .

المعالجة

السير الجيد للغالب لهذا المرض يمنعنا من استعمال معالجة قوية وقد أوصى
 كروكن بورغ باستعمال تبخير حار العرعر بهذه الوساطة الخفيفة
 تزول آلام الاطراف وانقباض عضلاتها بسرعة عظيمة عندما اذا استعملت

إدراكات المنبهة المضادة للتشنج الموصى بها في هذا المرض وعندما اذا استعملت
الوسائط المضادة للتشنج من الباطن كزهر الخارصين والوالريانا والافيون
وينعكس الامر فيما اذا حصلت التشنجات الذاتية في أثناء أحد الامراض
الثقيلة فان مثل هذه التشنجات لا تزول الا بعد انتظام التبادل العنصري
وحصول تغذية طبيعية والمعالجة حينئذ تستلزم بما ذكر

(المبحث التاسع عشر)

(في الشلل الدائري)

الشلل في الاعصاب الدماغية الشوكية يعنى به الحالة المرضية التي فيها
لا تنقبض الاعصاب المحركة بقوة الارادة وحينئذ لا تنقبض العضلات
اتقباضا اراديا وأما اضطراب الحركة الارادية الناتجة عن سبب آخر لا سيما
عن امراض المفاصل أو العظام فلا تعتبر من جملة الشلل - وأما الشلل
العضلي فستتسكلم عليه فيما بعد

ثم ان الشلل الناشئ عن فساد أو تغير في المركز العصبي الارادى ويكون
متعلقا بعدم توصيل الفعل الارادى من هذا المركز الى الاعصاب الدائرية
قد سبق الكلام عليه عند الكلام على امراض الدماغ كما وقد ذكر
هناك أيضا نوع الشلل الناشئ عن اضطرابات دورية أو غذائية في الدماغ
ويكون متعلقا بفقد الفعل الحيوى للدماغ بحيث لا يتم الادراك ولا ارادة
الحركة كما انه في المبحث السابق قد تسكلمنا على نوع الشلل الناتج عن
تهتك في الالياف العصبية للتضاع الشوكى السنى بواسطة ينتقل التنبيه من
المركز العصبى الارادى الى الاعصاب المحركة - ففي هذا المبحث حينئذ
لا تسكلم الا على شكل الشلل الذى ينشأ اما عن انفصال الاعصاب الدائرية
من الدماغ أو من التضاع الشوكى أو عن تغير جوهرى فيه مما بحيث تفقد
قابلية تنبيههما

(كيفية الظهور والاسباب)*

أما انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية فلا يندران
بنمذج عن اصابات جرحية ومن هذا القبيل قطع الاعصاب في أثناء الاعمال
الجراحية او غيرها من الاصابات الجرحية - وفي أحوال أخرى يتعلق

تفرق الاتصال بامتداد تفرح او غيره من التغيرات المفسدة الى الاعصاب المجاورة وأعظم مثل لهذا الشكل فساد العصب الوجهي في أثناء سيره من قناة قلوب بواسطة تسوس عظم العفيرة وكذلك يحصل تفرق الاتصال المذكور بواسطة الضغط المستمر بورم واينور يزما أو ورم عظمي على جزء من العصب بحيث يتلاشى وينفصل جزؤه الذي يرى من الاعضاء المركزية العصبية - وقد يحدث الضغط القوى الوقتي على عصب تأثيرا قويا يظن منه ان هذا العصب اعتراها انقطاع في محل الضغط فقد شاهد هاس رجلا حال الاستناد على كرسى في أثناء نوم مستطيل قد اعتراه شلل في حركة الذراع تعاضى شفاؤه على جميع الوسائط العلاجية - وفي أحوال نادرة قد يكون تفرق الاتصال العصبي ناتجا عن التهاب أولى جزئي في العصب

وأما التغيرات الجوهرية التي بها تفقد الاعصاب الحركة قابلية تنبيهها بدون تفرق اتصال فيها فليست معلومة كالتي ينبج عنها فقد قابلية تنبيه الاعصاب الحساسة في انقطاع وصول الدم الشرياني الى الاعصاب المحركة مثلا تفقد قابلية تنبيهها بدون وجود تغيرات مدركة فيها ومن الجائز كور الشلل الروماتزمي بفنيج من احتقان وأوذما في النعمد العصبي بهما ضغط الليف العصبي وكون الشلل الذي يعقب نوب التشبهات الشديدة بنميج ولا بد عن الافراط في قوة التنبيه وبعبارة أخرى ان انطماء قابلية التنبيه تعقب التنبيه الشديد بوجه بسهولة بالتجارب الفسيولوجية لكن العصب الذي يفقد قابلية تنبيهه عقب شدة التنبيه فيه لا يظهر لحواسنا مخالفا في التركيب لحيثة العصب السليم الحافظ لقابلية تنبيهه - وعين ذلك يقال بالنسبة للشلل الناتج عن ضغط متوسط أو عن تؤثر غير شديد فان هذا الشلل ينسب بالنسبة لسيره للتناقص في قابلية التنبيه لا الى تمك في العصب وبالجملة فالتغيرات الجوهرية المحدثة لشلل الاعصاب في أحوال التسمم الزحلي وقسم الدم بواسطة الميازما وكذا في أحوال الشلل المعبر عنه بالذاني غير معلومة

وأما الشلل الاستيري فهو وان لم نذكره عند الكلام على أمراض الدماغ

وأعراض الخنصاع الشوكي لا يعد ولا بد من أنواع الشلل الدائري بل يتعلق
باضطرابات تشريحية غير مدركة في المركز العصبي الإرادي كما سنبين ذلك
عند الكلام على الاستيريا

الاعراض والسير

الانفصال التام لعصب من الاعصاب المحركة من الاعضاء العصبية المركزية
ينتج عنه ولا بد فقد كل انقباض في العضلات المنتوزع فيها يؤدي الشلل
وعين هذه النتيجة تحصل من التغيرات الجوهرية التي من شأنها تنطفي
قابلية التنبيه في الاعصاب وأما ان كانت قابلية التنبيه ضعيفة ولم تكن
منطفية بالكامل في الجائر حصول انقباضات غير قوية وهذه الحالة يعبر
عنها بالشلل الغير التام

وكل من الشلل التام وغير التام ذو البنبوع الدائري يتميز الشلل
المركزي بامور منها نوع انتشار فان الشلل الدماغى والخنصاع الشوكي يكون
غالبا اما على شكل الشلل النصفى الجانبي أعني الفالج أو الشلل النصفى
المستوى أى المصيب لكلا الجهتين فان كان الشلل قاصرا على قسم من
العضلات المنتوزع فيه عصب واحد كاد هذا المرض ان يكون واصفا للشلل
الدائري فانه يندران تكورا إصابة الدماغ محدثة لفقد التأثير الإرادى على
عصب واحد أو ان انقطاع توصيل التأثير في الخنصاع الشوكي قاصر على
عصب واحد أيضا مع كون تنبيه جميع الاعصاب يحصل على حالته الطبيعية
وان حصل هذا الامر النادر فلا يكون الا في ابتداء التيبس الجزئى ولا
يمكن قلب موضوع هذه القاعدة بمعنى انه كثيرا ما يكون الشلل الدائري
متدا على جملة اعصاب دائرية ومع ذلك فلا يندران يحكم من نوع هذا
الامتداد على ينوع الشلل فان الاورام الدماغية ان أدت لشلل في كثير
من الاعصاب الدماغية المحركة فان هذا الشلل لا يحصل دفعة واحدة بل
يمتد شيئا فشيئا على حسب غزو الورم بحيث يصيب عصب دماغيا بعد الآخر -
وعندنا مثل واضح شاهدته في الاكلينك بتضح منه ان امتداد الشلل
مهم جدا في التمييز بين شلل نخاعى وشلل دائري ناتج عن تسوس في الفقرات
العنقية وكان الشلل في هذه الحالة تاما في الاطراف العليا مع فقد تام في

حساستها وكان مع ذلك كل من حركة الاطراف السفلى وحساسيتها على حالتها الطبيعية فمن نوع امتداد الشلل هذا حكم مع التأكد ان الجنوح العصبية لاضمة العضدية هي المتأثرة بمرض الفقرات لا التضاع الشوكي نفسه والشلل الروماتزمي الذي لا يندران يصيب كثير من الاعصاب لا يظهر بالنسبة لامتداد صفات مخصوصة وانما الامر المعلوم من أنه لا ينسب شكل الفالج ولا الشلل العام للجهتين هو الذي يرتكز اليه في التشخيص التمييزي - وأما الشلل الذي يحصل في أحوال التشنج الزحلي فنوع امتداده واصف بالكلية بحيث لا يمكن من معرفة هذا الامتداد فقط التمييز بينه وبين شلل مركزي بل كذلك تمييز هذا الشكل من الشلل عن باقي اشكال الشلل الدائري بمعنى ان الشلل الزحلي يصيب على الدوام الاطراف العليا وانه يصيب إحدى العضلات الباسطة للاصابع بعد الاخرى ثم الباسطة لقبضة اليد ثم الذراع واما القوابض فانها تبقى مصونة عن ذلك بالكلية ومنها اذا فقدت في أثناء سير الشلل اضطرابات الدماغ الاخرى دل هذا مع التقريب على ان ينبوع الشلل دائري وهذه القاعدة لا يجوز كذلك طردها ولا عكسها فانه لا يندران يوجد مع الشلل ظواهر دماغية ثقيلة ومع ذلك فلم يزل الشلل دائريا والاورام الدماغية الكائنة في قاعدة الدماغ كثيرا ما تثبت هذا الامر - ومنها أنه اذا كان العصب المصاب مختلطا دل تضاعف الشلل بالانستازيا (أي فقد الحساسية) في القسم المتوزع فيه الياف حساسة دلالة مهمة على ان ينبوع الشلل دائري - وبما يدل على ذلك أيضا فقد الحركات الانعكاسية والاضافية في الجزء المتوزع فيه العصب المشل فان تيسر لنا الحكم من وجود الحساسية الطبيعية بالالم عند وجود شلل ان قابلية التفرغ فيه في الالياف الحساسة محفوظة وان ارتباطها بالدماغ بعثرة انقطاع ومع ذلك لا يمكننا تبيين الالياف الحساسة احداث ظواهر انعكاسية فلا شك حينئذ ان توصيل التأثير العصبي في الالياف المحركة منقطع وان الشلل ينبوعه دائري فثلا ان لم يمكن للريض قفل العين بالارادة ولم يحصل ترمش مع ان حساسية المقعدة طبيعية عند لمس المقعدة لمساجفائيا كان الشلل دائريا مع التأكد وعكس هذا الامر

يدل على ان ينبوع الشلل مركزي فان لم يمكن المريض بفعل الارادة
تنسيبه عصب معلوم ولا احداث انقباض ارادي في العضلات المتوزع فيها
هذا العصب بمعنى أنه مثلاً لا يمكنه خلق العين اذا أمر بذلك وحصل بعكس
ذلك تنسيبه هذا العصب والعضلات المتوزع فيها متى تنبهت
الالياف الحساسة بمعنى ان العين تنغلق متى مست اللقمة دل هذا حيث قلنا
على ان ينبوع الشلل مركزي ففي مثل هذه الاحوال تكون قابلية تنبيه
الاعصاب الحساسة والمحركة محفوظة وكذا السبيل الذي يسرى التنبيه
منه من الالياف المركزية الى الالياف الدائرية يكون محفوظاً أيضاً وانما
المركز الارادي الدماغى أو السبل التي ينتقل بها فعل الارادة على الالياف
المحركة هو المنفرد وبالجملة فان الانطفاء السريع لقابلية الانقباض
الكهربائية بمعنى فقد الانقباضات العضلية عند تأثير التيار الكهربائى
المتقطع على الجنب المصاب علامة مهمة دالة على ينبوع الدائرى
للشلل فان الجهاز الكهربائى المتقطع المفرط في استعماله الطبي بدون
حد ولا احتراز يبنى الاقلال من استعماله في الطب العملى والاكثر من
الارتفاع به في التشخيص فانه في الاحوال الحديثة من الشلل التي كثيرا
ما تشاهد في الطب العملى عند الاهالى وفيها التأكد من التشخيص بأن كان
ينبوع الشلل دائرياً أو مركزياً يكون اليشبهمهما للغاية بالنسبة للحكم على
حقيقة التشخيص غالباً فانه في احوال عديدة من الشلل الدائرى تتناقض
قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية بعد ظهور الشلل بأيام قليلة تناقصا
عظيماً ثم تنطفئ بالكلية وينعكس ذلك فيما اذا كان الشلل مركزيادماغياً فانه
في هذه الحالة الاخيرة تستمر قابلية الانقباضات العضلية الكهربائية اشهر
عديدة بدون ان تتناقص وتضعف حتى ان المرضى المصابين بالفالج متأثرين
تأثيراً عظيماً مفرحاً متى استعمل التيار الكهربائى وأحدث عندهم انقباضات
عضلية في العضلات التي لم تنقبض بتأثير الارادة من منذ زمن طويل ولذا
لا تخشى ضياع الزمن ولا الدراهم في المعالجة بهذه الكيفية لزيادة الامنية
فيهما كما كانت قليلة الجودة والاستحالة السريعة للاعصاب الدائرية عقب

انفصالها من الاعضاء المركزية الثابتة بالابحاث التشريحية بوجه
 بها سرعة الانطفاء لقابلية الانقباضات العضلية الكهربية في أحوال
 الشلل الدائري ولذا لا يستغرب الانطفاء السريع لهذه القابلية في أحوال
 الشلل الروماتزمي والزحلي فإنه مهما كانت التغيرات التي تعتري المصعب
 المصاب واهية لا بد وانها تسكن في احداث تغير في العصب بحيث ان كلا
 من الارادة وتهديج التيار الكهربي بالقطع لا يمكنه احداث ثبته في
 العصب المتغير وكذا في أحوال الشلل الدماغي تظهر اخيرا الاستهالة
 المرضية للاعصاب الدائرية وضمور العضلات غير الفعالة ووقوعها في
 الاستهالة الشصمية وبهذا ينضح أنه في الاحوال العتيقة لا يمكن الانتفاع
 بفقد قابلية الانقباضات العضلية الكهربية في تشخيص نوع الشلل
 والتمييز بين الدائري ومنه والمركزي وأما في أحوال الشلل النضاعي الشوكي
 فان قابلية الانقباضات العضلية الكهربية تبقى محفوظة زمنا طويلا تارة
 وتارة تنطفئ بسرعة ولذا كانت غير مهمة في التشخيص القيمي ونظن ان
 هذا الاختلاف يمكن توجيهه بابحاث (المعلم بدر) على تركيب النضاع
 الشوكي فإنه يوجد في هذا العضو الليف العصبي دائرية (أي متجهة
 من المركز نحو الدائرة) وهي لا تنتهي بدون واسطة في اعصاب
 دائرية بل تتحول ابتداء الى أخلية عقدية عصبية منها تتشأ اعصاب
 دائرية حينئذ تدابة القياس الصحيح يظهر قريبا من العقل أنه عند فساد
 الالياف العصبية الاولى أي الخارجة من النضاع ومتجهة الى العقد يحصل
 في قابلية الانقباضات العضلية الكهربية ما يحصل في أحوال الشلل
 الدماغي وعند فساد الالياف العصبية الثانية (أي الخارجة من العقد
 ومتجهة الى الدائرة) يحصل فيها ما يحصل في أحوال الشلل الدائري -
 ومن المستغرب أنه في بعض أحوال الشلل الدائري يمكن احداث انقباض في
 العضلات بواسطة التيار الكهربي المستمر دون ما يحصل بواسطة التيار
 الكهربي المتقطع وأكثر من ذلك غرابة انه في مثل هذه الاحوال
 يحدث التيار الضعيف في العضلات المنشلة انقباضا عابثا مع أنه لضعفه لا
 يحدث انقباضا في العضلات السليمة وليس عندنا توجيه شاف لهذه الظاهرة
 التي شاهدها واثبتها مرتين في الاكلينك المتعلق بنائي أحوال الشلل

الوجهي الروماتزمي والذي يستبان من ذلك طبعا لما قررناه سابقا ان
تمهيج عصب بواسطة التبرار المستمر مخالف بالكليّة لتهيجه بواسطة
التبرار المتقطع

ثم ان انفصال الاعصاب المحركة من الاعضاء المركزية وانطفاء قابلية تهيجهما
يؤديان لعين الاضطرابات الدورية والغذائية التي نمرحناها في احوال
الانستازيا الدائرية وهذه الاضطرابات تشند جدا في الاحوال التي فيها
يكون فقد الاحساس مرتبطا بالشلل وتماقص درجة الحرارة في الاجزاء
المشكلة بتعلق ولا يديبط الدورة فانه كلما كان وصول الدم الحديث الى الاجزاء
الدائرية الفاعلة للحرارة مسهرا كانت برودتها أقل سهولة في الحصول وكما كان
ورود الدم الشرياني في الحار اليها بطيئا تعادلت درجة حرارتها بحرارة الاوساط
المحيطة بها ويظهر ان بطء الدورة يتعلق بتضايق في الشرايين وأقل ما
هناك ان البض في الاجزاء المشكلة يكون غالبا أكثر صغرا عن ما في الاجزاء الغير
المشكلة واتقيا من جدر الشرايين في الاجزاء المشكلة لم يمكن توجيهه الى الآن
وان اصبحت هذه الاجزاء المشكلة بالالتهاب يشاهد فيها ارتقاء في الحرارة
بدلا عن انخفاضها - ومن المشكوك فيه ان كانت الانستازيا الغير
التامة متعلقة ببطء الدورة والاضطرابات الغذائية التي تتضح في الاجزاء
المشكلة ولو كان الشلل قاصرا على الاعصاب المحركة في ابتداء الامر أو ان
الحالة الضعيفة تنتقل من الاعصاب المحركة الى الاعصاب الحساسة
بواسطة العقد العصبية

ثم ان سير الشلل الدائري يظهر فيه اختلاف عظيم على حسب الاسباب
التي أحدثته فان كان العصب منفصلا بواسطة جرح قطعي امكن ان يزول
الشلل زوايا تاما عقب التهام تفرق الاتصال غالبا وأما ان كان العصب
متهتكاً في امتداد عظيم فلا بد وان يبقى الشلل مسهرا طويلا الحياة والشلل
الروماتزمي يكون في الغالب ذا سير حميد فانه ينتهي في كثير من الاحوال
بالشفاء وهين ذلك يقال بالنسبة للشلل الجرحي الغير التام الناتج عن انطفاء
قابلية التنبية عقب نوب التشنج أو عن مؤثرات خفيفة وكذا الشلل
الدائري الذي يعقب شفا التيفوس أحيانا تكون عاقبته حميدة أيضا بخلاف

الشلل الرحلى فانه يستعصى جدا وكثير اما يكون غير قابل للشفا

في المعالجة

الدلالة العلاجية السببية في الشلل الدائري لا يمكن انعامها غالبا بل وان
امكن فلا تؤدي لنجاح عظيم الا في قليل من الاحوال فاستئصال ورم مثلا
ادى بضغطة على العصب لشلل يكاد لا ينتج عنه غالباً رجوع الحركة
الطبيعية ويستثنى من ذلك الشلل الروماتزمي ما لم تكن مدته طويلة جدا فان
المعالجة باللائقة للرض الاصل كثيرا ما تعقب بالنجاح في هذه الحالة لكن
لا يؤمل الحصول على ذلك بواسطة الجواهر الدوائية المضادة للروماتزم غير
الأكيدة التأثير كالعلاج وخشب الانبيا وخنق الذئب بل من الاستعمال
المنتظم للامامات الفاترة من المياه الطبيعية فانتنا شاهد عددا عظيما من
المرضى المصابة بشلل قابل للشفا أو غير قابل له يهرع كل سنة الى حمامات
تيلدس وويسبادن وويلدباد وقيفر أو نحو ذلك (وقد شاهدنا المياه حلوان
الساخنة منقعة مشابهة لذلك) فان شهرة البنايس المذكورة في الشلل
آتية ولا بد من نجاحها العظيم في الشلل الروماتزمي وما عدا ذلك يوصى في مثل
هذه الاحوال لاجل مساعدة المعالجة بتلك المياه المعدنية باستعمال
الدلكات المنيرة على الجلد على مسير العصب المصاب لكن لا ينبغي الايحاء
باستعمال فسلات من صبغات عطرية كما هو العادة التي تنبه الانف
بدلا عن الجلد بل تستعمل المحمرات والمنقعات

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فاعظم شئ يوصى به هو استعمال التيار
الكهر بائي المستمر وقد ذكرنا فيما تقدم ان النجاح الذي يحصل عليه بواسطة
التيار الكهر بائي المستمر ينتج غالبا عن تأثير النوع فانه يمكننا بواسطة
المعالجة الجلوانية احداث تنويع عظيم في الدورة والتبادل العنصري
للاعضاء المؤثر عليها ولو كانت غائرة تحت الجلد وأما التيار المتقطع فليس له
هذا التأثير فانتا قد شاهدنا احوالا عديدة من الشلل الدائري عولجت
زمنًا طويلا بالتيار المتقطع بدون نجاح وشفيت بواسطة التيار المستمر
وهذا يقال على الخصوص بالنسبة للشلل الروماتزمي والجرحى الناشئ عن
التسمم الرحلي

وأما دلالات المعالجة العرضية فتستدعى أولا تجنب حصول انطفاء تام في

قابلية تنبيه العصب المنشل شللاً غير تام وثانياً تجنب حصول الضهور
والاستحالة الشصمية في العضلات المنشلة أو إيقافهما في ابتداء حصولهما
فإن كلا من الانطفاء التام لقابلية التنبيه المتناقصة وضهور العضلات
المنشلة واستحالتها متعلقة بالراحة المستمرة في العضلات المذكورة
وقد تدبّرهما بل إن هذه الأسباب كثيراً ما تكون هي السبب الوحيد في كون
الشلل ولو حصل فيه تحسين لا يزول بالسكية ولا جل نجيب هذا العارض
ينبغي استعمال التكهرب المحدود فهو واسطة ناجحة في ذلك ومن القواعد
المهمة في اجرائه هو أنه لا ينبغي استطالة الجلوسات الكهربية زيادة عن الحد
وأنه لا ينبغي استعمال تيار كهربائي قوي جداً بحيث نعلم أن قابلية تنبيه كل
عصب تتناقص أو تزول بالسكية عقب الراحة المستمرة أو التنبيه الشديد فلا
حاجة لاستطالة الكلام على ذلك كما أنه من الواضح البين أنه في أحوال
الشلل الجرحى والروماتزمي والتسممي لا يبتدأ باستعمال تأثير التيار
الكهربائي إلا بعد ازالة تفرق الاتصال وابتداء رجوع قابلية التنبيه في
العصب المريض وبعبارة أخرى لا يستعمل التيار المؤثر إلا متى شوهدت
انقباضات عضلية عقب تأثيره وما ينبغي أن كل طبيب يكون عنده المام
بالتكهرب الموضعي بحيث أن استعمال ذلك لا يترك غيرهم والمعلم ممن
قد أوضح هذه المسئلة في رسالة له وصيرها سهلة للغاية بحيث أن القصار
ولو على الامحاء طبقاً لهذه الرسالة يمكن بها الحصول على درجة من المعرفة
الأكيدة كافية في ذلك

وتأثير الاستركين في الشلل الدائري يقرب من تأثير التيار الكهربائي
المتقطع في هذا المرض إلا أنه باستعمال هذا الجوهر لا تحصل المساعدة في
التسام الاعصاب المنفصلة ولا ازالة التغيرات الجوهرية الناتجة عنها الشلل بل
يظهر أن هذا الجوهر يخريضه للفعل المبعكس في الخواص الشوكي وازداد
تنبيه الحركات الانعكاسية التي به تتأثر الاعصاب المحركة تفصل المساعدة
العظيمة في رجوع قابلية تنبيه هذه الاعصاب الاخيرة ما لم تكن قد انطقت
بالسكية بل متناقصة فقط وإن أريد الحصول على فائدة حقيقية من
لاستركين ينبغي استعماله بمقدار عظيم مع الاستمرار على ذلك إلى أن يتضح

تأثيره في الفعل المنعكس للضغاع الشوكي أى الى ان تظهر انقباضات عضلية خفيفة والذي يفضل في الاستعمال هو اما خلاصة الجوز المقني الانكولية من ثلث قحمة وهكذا بالتدريج الى ٢ (أعني من ٢ سنتجرام الى واحد - سيجرام) أو أزونات الاستركنين من $\frac{1}{13}$ الى $\frac{1}{4}$ (أعني من ٠.٠٥ ز. ميليجرام الى ٠.١٥ ميليجرام) واما غير ذلك من الجواهر الدوائية كالارنيكا وخلاصة السماق السمي فليس له أدنى تأثير على سير الشلل الدائري

﴿ البحث العشرون ﴾

(في الشلل الوجهي المعروف بشلل مصونة الوجه وشلل بيل)

*(كيفية الظهور والاسباب) *

لا تتعرض هذا الشلل الوجه العائلي عن فقد فعل الارادة الذي يكاد يكون على الدوام مصاحبا لالجاب ومكونا للعرض من اعراض السكتة الدماغية أو غيرها من امراض الدماغ بل لشلل الوجه الناتج عن فقد قابلية تنبيه العصب الوجهي فنقول

قابلية تنبيه العصب الوجهي وارتباطه بالدماغ يمكن ان يحصل فيها اضطراب بمؤثرات مرضية مختلفة وهذه تؤثر اما على أصل العصب قبل نفوذه من فوهة القناة السمعية الباطنة واما على امتداده السائر في العظم المخري واما على انتهائه الدائرية في الوجه - والغالب أن ينضغط أو ينفسد العصب الوجهي داخل الجمجمة اما بواسطة الاورام الدماغية التي تتكون في قاعدة هذا القويف أو بواسطة نضج التهابي وهونادر أو بعض تحن في الام الجافية أو الاورام العظمية

وأما في باطن قناة فلولوب فالغالب أن يكون تمنك هذا العصب بواسطة نسوس المضرة - وأما الانتهاء الدائرية للعصب الوجهي فقد تنقطع بواسطة الاعمال الجراحية اما عمدا أو صدفة مثال ذلك العربي المشهور الذي أتى متشكر للعلم بيل من أجل نجاح استئصال ورم عنده في الاذن الا أنه تشكى بأنه من منذ فعل العملية لم يكن عنده قدرة على الصغير لحيله وكذا الضغط المستمر الذي يعتري تفرعات العصب

الوجهى بواسطة ضخامة العقد اللينفوية أو غيرها من الاورام وكذا
الرض والارتجاج اللذان يترهما بواسطة الصفع بالكف على الوجه يمكن
ان ينتج عنهما شلل وجهى ولا يندر أن يشاهد هذا الشلل كذلك
فى المولودين جديدا متى حصل فى فروع هذا العصب رضى فى أثناء الولادة
بواسطة جفت الولادة لكن أكثر الاسباب المتبعة لهذا المرض هو تأثير
البرد فجأة على الوجه حالة حرارته فكثير من المرضى من يعتبر به الشلل
الوجهى بكونه يخرج رأسه من نحو شبيهة عقب القيام من الفراش فى
الصباح وهو فى حالة العرق ونسب المعلم هلا كثرة حصول الشلل الوجهى
فى زمننا هذا السكك الحديدى وذلك أن الشخص من خوف فوات الوقت يسرع
فى السير نحوها قباى إليها وجدهم فى حالة الحرارة والعرق ثم يصعد الى احد
عرباتها ويتعرض لتيار هوائى بارد قوى يأتى من شسها كها المنفتح فينتج
عن ذلك الشلل الوجهى

ثم ان الشلل الوجهى مرض كثير الحصول حتى أن الطبيب فرنك
شاهد فى ظرف ١٥ سنة ٢٢ حالة منه والتقاويم السنوية بالنسبة
لكثرة حصول الشلل الوجهى فى الاطوار المختلفة من الحياة واختلاف
النوع والصنایع لم يتحصل منها على فائدة وان ثبت أن هذا المرض يكثر
حصوله فى الجهة اليسرى من الوجه دون اليمنى فلا بد وان السبب فى ذلك
ليس من ازدياد استعداد العصب الوجهى اليسارى بل من كثرة تعرض
الجهة اليسرى من الوجه للصفع بالكف أو غيره من المؤات المضرة

الاعراض والسير

اعراض الشلل الوجهى عبارة عن فقد حركة عضلات الوجه المتوزعة فيها
الالياف العصبية المصابة واسترخائها فشل العصب الجبهى والرافع
للجفن العلوى ينتج عنه تعذر فى حركة تثنى الجبهة وقال رومبرغ ان جهة
الكهل فى هذا المرض تصير لمسا جهة الطفل وكذلك جانثر النساء فهذا المرض
محسن اصورتهن وشلل العصب المحيط للجفن ينتج عنه تعذر فى حركة غلق
الاجفان فان امرت المرضى بفعل هذه الحركة اجرت حركة رفع الجفن
السفلى حيث لهم قدرة على ذلك مع توجيه المقلة نحو الاعلى بحيث تنغطى

بذلك القرنية والدموع لا تنطرد نحو القنوات الدمعية بل تسيل على
 الوجنات والمقلة الغير المنغلقة غلقاً تاماً تكون معرضة للتؤثرات الظاهرية
 المضرة بحيث تسهل اصابتها باضطرابات غذائية التهابية وكل من العضلة
 الرافعة للشفة العليا وجناحي الانف وزاوية الفم والعضلتين الزوجيتين
 لا يكون له قدرة على رفع الشفة العليا وتوسيع طاقتي الانف وزاوية الفم
 وجذبها الى الاعلى وان حصل هذا الشلل في العضلة الشدقية شوهد
 انتفاخ صفحة الخد في اثناء الزفير كالشرع المسترخى ولا يتنجح في اجراء بعض
 الحركات الضرورية لها استعمال بعض عضلات الوجه كمنطق الحروف
 الشفوية والصفير والنفخ والبصق وأما المضغ حيث كان غير متعلق بالعصب
 الوجهي فيتم على حالته الطبيعية الا ان البلعة الغذائية كثيراً ما تنصل بين
 الشدق والاسنان من الجهة المريضة بحيث يتعب المريض على تبعيدها
 بالاصبع وان كان الشلل الوجهي قاصراً على إحدى الجهات حصل في اثناء
 حركة المضغ تشوه واضح في الوجه وذلك اما لكون العضلات لا تنقبض
 الا في الجهة السليمة مع بقاء عضلات الجهة الاخرى مسترخية او لكون
 العضلات المنقبضة في الجهة السليمة تجذب الوجه جذباً مضر فالدماغ مقاومتها
 بانقباض عضلات الجهة المريضة بل وفي اثناء الراحة يوجد الوجه منجذباً
 الى إحدى الجهات وغير منتظم فان زاوية الفم من الجهة المريضة تكون
 اكثر انخفاضاً وطاقتي الانف أكثر ضيقاً وتزول جميع المنخفضات الوجه
 وتثنياته وكل من اربعة الانف والفم يكون منجذباً نحو الجهة السليمة وكان
 تغير الصفة المذكورة يحصل من غلبة عضلات الوجه للجهة السليمة على
 العضلات المضادة لها في الجهة المشلولة فكذلك يحصل الجحوظ العيني في
 الجهة المريضة بغلبة الرافعة الجفنوية العليا الغير المشلولة على العضل المشل
 المضاد له وهو المحيط الجفني وان كان شلل الوجه مزدوجاً زالت هيئة مضغ
 الوجه بالسليمة فالمرضى يضطربون ويكي بدون أدنى انكماش في الوجه وما
 شاهدنا حالة من هذا القبيل الا تصورنا أن هيئة المريض الذي يبيت وجهه
 بدون حركة في اثناء الضحك مفزعة للغاية كأنه يشابه صورة عديمة الحركة
 وهناك اعراض اخرى غير واضحة التوجيه كالسابق ذكرها وليست من

علامة لهذا المرض على الدوام وهي اضطراب الذوق والجذب الغلصمة نحو الجهة السليمة وتحول اللسان ومن المشكوك فيه ان كان ضعف الذوق متعلقا بنقص في افراز اللعاب وجفاف في الفم أو كانت الاحيلة العصبية الطبيعية التي لها اختلاط بأعصاب حلمات اللسان محدثة لتغير في حساسية الذوق ام لا واما تحول الغلصمة نحو الجهة السليمة فيوجه بالكية ثمة الاتية وهوان الالسان العصبية المحركة الاتية مع العصب الصغيرى السطحى العظمى وواصله الى العقدة الوترية الحنكية الخارج منها الفروع العصبية الحنكية النازلة لا تحدث انقباضا وقصر فى عضلات الغلصمة الا فى الجهة غير المشاف غير ان هذا التوجيه ليس خالبا من الاعتراض والشك وأما تحول اللسان فنقول فيه ما ذكرناه فى السكتة الدماغية التي فيها نوجد هذه الظاهرة بكثره زيادة عما توجد فى أحوال الشلل الدائرى وقد ذكرنا فى البحث السابق ان المراكز الانعكاسية فى الشلل الوجهى الدائرى التام غير ممكنة الحصول كما وان الانقباض الكهرمائي لعضلات الوجه ينطفئ بسرعة والحساسية فى جهة الوجه المنشلة تكون محفوظة فى الاحوال الحديثة الواضحة لهذا المرض لكن عند استقرار الشلل زمنا طويلا يحصل فيها تناقص وضعف غالبا ويظهر ان ذلك ينبج عن حصول اضطرابات غذائية فى الاعصاب المنشلة وهذه الاخيرة عبارة عن ارتفاع وضوور فى جهة الوجه المنشلة وزوال الطبقة التمهيمية منها وامتقاع لون جلدها

ثم ان العلامات التي يستبان منها ان مكان سبب الشلل الوجهى داخل تجويف الجمجمة أو فى العظم الصغيرى أو فى الوجه هي الاتية طبقا لما قاله رومبرج فيستدل على كون الشلل أتيما من اصابة فى قاعدة الدماغ باشتراك أعصاب دماغية أخرى خلاف العصب المنشل ويستبان ذلك من الحول ومن فقد الاحساس ومن المهم ونحو ذلك كما ان ذلك يستبان من وجود شلل فى الوجه من جهة ومن جهة أخرى من وجود شلل الاطراف واما كون الشلل ناشئا عن اصابة أو تهتك فى العصب الوجهى عند مروره من قناة فالو فيستبان ذلك من السينلان الاذنى المستطيل

ومن ثقل المعص أو العمم النام ومن انحراف الغلصمة ومن جفاف الفم
ومن اضطراب الذوق الذي لا يوجب جدال في هذا الشكل من شلل العصب
الوجهي بسبب اشتراك العصب المخري السطحي العظمي والاحبلية
العصبية الطولية في الشلل وأما حصول الشلل في الفريعات العصبية
المتوزعة في الوجه فيسبقان بكون المرض حصل من تأثير البرد بكيفية
واضحة أو من تأثير جسم ساقط على الوجه أو من وجود ورم ضاغط على
العصب الوجهي خصوصاً في قسم الثقب الاكبر الحلي مع بقاء اعصاب
الدماغ سليمة في وظائفها ومع كون سمع الاذن المصابة سليماً والذوق طبيعياً
والغلصمة مستقيمة

ثم ان سير شلل الوجه يختلف بالسكينة على حسب المجلس ونوع السبب
المؤثر فان كان الشلل الوجهي ناشئاً عن أورام في قاعدة الدماغ أو عن
تمتلك في العظم المخري بواسطة التسوس كان هذا الشلل غير قابل للشفاء
وكذا في الاحوال التي يكون فيها الورم في الوجه قد أحدث منهطة المستمر
على الفريعات العصبية الدائرية اضطراباً وتفرق اتصال العصب
وأما شلل الوجه الناتج عن اصابة جرحية خفيفة أو الناتج عن تأثير البرد
فمآلاته جيدة وهذا يقال على الخصوص بالنسبة لشلل الوجهي الحلي
الناتج عن ضغط جفت الولادة بل والقاعدة العامة ان هذا المرض يزول
في أثناء اسابيع أو أشهر ان كان جرحياً أو روماتيزمياً لكن لا بد لهذه
القاعدة من استثناء

في المعالجة

طبقاً لما ذكرناه بالنسبة للحكم على عاقبة الشلل الوجهي لا يمكن التكلم
الا على معالجة الشكل الجرحي والروماتيزمي من هذا المرض وهذا ان
الشكلان وان كانا يتركان من نفسيهما بدون معالجة الا انه يوصى في الاحوال
الحديثة من الشلل الجرحي باستعمال معالجة موضعية مضافة للتهاب
فيؤمر بارسل بعض العلاق والوضعيات الباردة والدلك بالمرهم السنجابي
الزيتي فيما اذا كان شلل الوجه الجاني قد نشأ عند البالغين عن صدمة
أضر به على الوجه واما شكل هذا الشلل الحلي عند المولودين جديداً فينبغي

تركه بدون معالجة وان كان هذا المرض قد نشأ عن تأثير البرد وجب تغطية
 جهة الوجه المريضة في الاحوال الحديثة برفايد مية تلة بالماء البارد بعد
 عصرها ثم تغلف بالشمع أو بالخرق المشبعة ويكرر ذلك بعد جلة ساعات
 او يغلف الوجه بالقطن المجهر مع استعمال الحمامات البخارية (او بكميس
 ممتلئ بزهر البابونج) بدتسخينه جافا وحشوه به المعروف بالكميس العطري)
 وفيما بعد تستعمل وسائل مهيجة قوية أخرى كالدلك بروح الخردل او وضع
 الضمادات الخرداوية أو ذلك بزيت حب الملوكة او تستعمل الحرايق
 وعندنا شاهدات عديدة فيما حصل شفاء هذا المرض الروماتيزمي باستعمال
 التيار الكهربائي المستمر بل ونحن قد شاهدنا حالتين حصل فيهما النجاح
 التام بواسطة المعالجة الجلوانية وفي كلتا الحالتين كان لم يحصل ادنى نجاح
 بواسطة استعمال التيار المتقطع وان عادت قوة الانقباض العضلية
 السكر باثية عقب استعمال التكهريب الجلواني المحدود فلا مانع من احداث
 سرعة في الشفاء بواسطة الاستعمال المنتظم للتيار المتقطع

(المبحث الواحد والعشرون)

(في شلل العضلة المسننة)

(كيفية الظهور والاسباب)

شلل العضلة العظيمة المسننة يكون في الاحوال النادرة ظاهرة من حلة ظواهر
 الشلل العضلي الممتد الى كثير من العضلات كالتين شاهدتم بانفسى والغالب
 أن يكون الشلل قاصرا على العضلة المسننة العظيمة ومن هذه المشاهدات
 مع ما هو معلوم من ان العصب الطويل الصدري يتفرع زيادة عن العضلة
 المسننة العظيمة المقدمة في عضلات صغيرة أخرى يستدل على ان اغلب
 انواع شلل العضلة العظيمة المسننة ليس بدبوعه مركزيا دائما بل موضعيا
 وقد ذكرنا ان من العلامات المهمة لشلل الدائري كون الشلل فيه لا يمتد بعيدا
 عن العضلات المنتشرة فيها العصب المشل وان العضلات المجاورة الواصل لها
 فر وعصبية من عصب آخر تبقى مهتنة عن الشلل وينضم لذلك الامر
 المعلوم ان الشلل الدائري وغيره من الامراض العصبية الدائرية يحصل
 بكثرة في الاعصاب التي تمر من مسافات أو فنوات ضيقة كمرور العصب

الصدرى الطويل من العضلة الاجمية المتوسطة وهذا السبب الماهم جدا بالنسبة لكيفية حصول شلل العضلة العظيمة المسننة وبالنسبة للتحقق من كون هذا الشلل فى معظم الاحوال دايرا عضليا لم يمتن به الى الآن حق الاعتناء

ثم ان الاسباب المحدثة لشلل العضلة العظيمة المسننة مجهولة غالباً ومن الواضح ان العصب الصدرى الطويل كثير اماً تعثر به اصابات مضرة عند مروره من الاجمية المتوسطة وهذه الاصابات تختفى علينا غالباً وقد يكون هذا المرض فى بعض الاحيان ناشئاً عن مجهودات قوية تفعل بالاطراف العليا أو عن تأثير البرد وقد شاهدني شللاً برحالة كان فيها شلل العظيمة المسننة مسبوقاً بسقوط على الكتف وتكون بعده هذا السقوط فى العنق ورم حتى ان الطبيب المتدرب كان قد اراد فتحه بالسلاح وفى حالة مهمة شاهدتها كانت عند رجل تقاش وكان هذا الرجل وقت شغل رفع لوحاً ثقيلاً على كتفه الايمن ولما حصل عنده شلل العضلة المسننة أخذ فى رفع اللوح على كتفه الايسر فحصل له كذلك شلل فى العضلة المسننة العظيمة اليسرى

(الاعراض والسير)

شلل العضلة المسننة سهل المعرفة فان قد دوطيفة هذه العضلة وغالبية العضلات المضادة فى الفعل لها ينتج عنهما تغيرات واضطرابات مخصوصة فى الحركة واضحة فان فعل العضلة المسننة عبارة عن جذب عظم اللوح الى جذر الصدر وحفظه فى هذا الوضع وجذب زاوية السقلى الى اسفل والوحشية فهذه العضلة يتضح فعلها خصوصاً عند رفع الذراع رفعا مستعرضا فانه يجذبه لزاوية الكتف نحو الاسفل بوجه الحفرة العنابية فحو الاعلى فان كانت العضلة المسننة مثناة فحينئذ لا تكون الحافة الانسية للكتف خصوصاً زاوية السقلى منجذبتين الى جذر الصدر بل يارتقيان الى الخارج على هيئة جناح راقتين لثنية مثلثة من الجلد بحيث يمكن دفع الاصابع بين عظم اللوح وجذر الصدر دفعا غيرا والعضلتان المضادتان لهذه العضلة وهى المثلة الظهرية و لرافعة الكتف تجذبان الزاوية العليا من هذا العظم الى اعلا وثقل الذراع والصدرية الصغيرة يجذبان زاوية الوحشية الى اسفل

والامام فالمرىض حيثئذ لا يكون له قدرة على رفع ذراعه في الخط المستعرض
ولذا تكون حركته مضطربة بحيث ان رأى الطبيب مرة مريضاً مصاباً بشلل
في العضلة المسننة وقت خلعها للملابس أو لبضعها ثم فحص هذا المرض عند
رؤية حالة جديدة وان ضغط على زاوية نحو الصدر والى الوحشية أمكن
المرىض حينئذ رفع الذراع أعلام من الكتف بدون صعوبة
ثم ان شلل العضلة المسننة مرض مستعص عن المعالجة فاني لم اشاهد شفاء
تاماً في حالة من الاحوال التي شاهذتها انما كثير ما شاهدت التحسين فيه
حتى امكن المرىض السعي على أشغالهم بسهولة
(المعالجة) *

المعالجة التي أوصى بها بكثرة في شكل الاحوال الحديثة من شلل العضلة
المسننة هي الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات والمصرفات على
الجلد حذاء نفوذ العصب الصدري الطويل في العضلة الاجمية المتوسطة
لكن ان استطالت مدة المرض زهناطويلا فلا يأمل النجاح طببة التجارب
المعلومة من استعمال التيار الكهربي المنقطع ويكرر أن يوصى بكثرة
استعمال التيار المستمر وأنأسف من كوني لم يمكنني استعمال هذه الوسطة
الاخيرة الا في حالة واحد وفيها كان استعماله زمناً قليلاً جداً لكن النجاح
المتحصل عليه في احوال الشلل الوجهي الدائري الذي نعتبره مشابهاً بالكافية
لشلل العضلة المسننة بواسطة التيار المستمر يحرضنا على الاستعمال هذه
الوسطة الاخيرة في هذا المرض

المبحث الثاني والعشرون

(في الشلل التدريجي لاعصاب الدماغ) *

(المعروف بالشلل التدريجي السان واللاهة والشفتين) *

وبالاسال الساني الخفجري

ولذكر في العصر المستجد من اطباء الفرقنا وبين ذكر عدة من المشاهدات فيما
ابتداء الشلل باسعتين ومنهما بالتدريج امتد الى اللسان ثم اللهاة ثم الخفجرة
واحياناً الى عضلات المزمار والى عضلات المقلية وهو نادر ولم تشاهد في مثل هذه
الاحوال اضطرابات في الاعصاب الحساسة ولا في اعصاب الحواس الشريفة

ثم ان كيفية حصول هذا المرض الغريب مجهولة علينا والتغير القشري يحى
 الوحيد الثابت الذى يوجد فى الجثة هو العضور فى الاعصاب المنشله
 مع مكايدها للاستحالة المحمية لاسيما فى العصب تحت اللسان وقد شوهد
 فى بعض الاحوال ايضا تيبس منتشر فى النخاع المستطيل وطبقا للنظريات
 فكمهون المعلوم غير المثبوت الى الآن يكون هذا المرض الذى سماه بالشلل
 البصرى التدريجى عبارة عن اصابة مرضية مركزية فى النخاع المستطيل
 بجلسه الاجسام الزيتونية والجوهر النخاعى المكون لقاعدة الحفرة المربعة
 المعينية المتكونة من تساعدا الاحبله الجانبية والخلفية من النخاع المستطيل
 وكاشه خلف هذا العضو وأما ظهور الاعصاب فى هذا المرض فتا نوى تبعاً
 لرايه اعنى فاقباج عن التغير المرضى الذى اعتري الخلايا العصبية السكاثة فى
 المحلات السابق ذكرها وفى بعض الاحوال قد يسبق شلل الاعصاب الدماغية
 اعراض الصدور العصبى التدريجى بحيث ان أغلب المؤلفين الغربيين
 يعتبرون هذين المرضين نوعين قربيين من بعضهما ولو أنه فى احوال الشلل
 التدريجى لاعصاب الدماغ لا يشاهد تماقص فى حجم العضلات المنشله

ثم انه فى ابتداء هذا المرض تكون مكابدات المريض واهية فالمرضى لا يكون
 لهم قدرة على تدبب الغم ولذا لا يمكنهم التنفح ولا الصفير ولا البصاق واللعب
 المتراكم فى الغم يسيل منه بدون ارادة وهيئة الوجه تصير فى حالة يله
 مستغرب وذلك لان عضلات الشفتين لا تشترك فى حركات السهنة ونطق
 الحروف الشفوية يتعسر ثم يتعذر مع الزمن وان امتد هذا المرض الى
 اللسان فلا يتعسر تقطع النطق فقط بل كذلك يتعسر كل من المضغ والازدرداد
 وفيها بعد متى ازداد شلل اللسان وفقدت حركته بالكلية فى الفم
 لا يمكن اجراء الزرداد بالكلية وشلل الماهة يتضح منه التسكام الانفى
 وكذلك تنفهم الباعمة الغذائية والسائل الواصل الى البلعوم
 من الانف أو الفم مادامت عضلات البلعوم حافظة لقوة انقباضها
 وأما ان شلت هذه الاخيرة ايضا فالمرضى ترجع ما يعطى لهم من
 المطعومات أو المشروبات بواسطة حركات شبيهة عنيفة وحينئذ
 يلجأوا لا بد لتغذيتهم بالمجس المروى وكل من حركة الاختناق

الحاصلة عند الازدراد ورجوع المشروبات بواسطة حركات شهيقية سهالية
عنيقة يوقظ الظن بوجود استطراق بين الحنجرة والبلعوم أو بينهما وبين المري
ثم إن سبب هذا المرض بطيء للغاية والموت يطرأ غالباً ما عقب اضطراب
التغذية بسبب صعوبة تعاطي الأطعمة أو بظهور التهابات شعبية أورثوية
عندهم عقب تردد دخول السوائل في المسالك الهوائية ويكاد لا يوجد
عندنا مشاهدات أكيدة تثبت حصول التحسين الواضح أو الشفائي في هذا
المرض وإنما ذكر بنيدكت أنه تحصل على تحسين عظيم بل وشفاء بواسطة
تأثير التيار الكهربائي المستمر في العظم السجماوى والتنؤ الحلى وأنه
في الأحوال المتقدمة أمكنه إزالة العرض الخطر وهو شلل الازدراد بهذه
الواسطة ولاجل إزالة هذه العناية كان الطبيب المذكور يضع القطب
النحاس على العمود الفقرى ويمس بالقطب الخارجى منى فتحة آدم والاجزاء
المجاورة لها بحيث كان يحدث بواسطة التيار الجسلى فى كل جلسة قدر
٢٠ أو ٣٠ حركة ازدرادية وهل هذه حقيقة النتيجة الشفائية الشعبية
صحيحة حقيقة أو هنالك اختلاط بين عمر الازدراد الاستيرى والمرضى
الذى نحن بصدد فانه يتيسر بمعالجة عقلية صرف شفاء حرمة استيرية
في زمن قليل وكانت هذه الحرمة تنغدى من منذ زمن طويل بواسطة المجلس
المروى وكانت قد حلت مدة طويلة انبوبة معدنية في القصبة الهوائية
للتنفس

المبحث الثالث والعشرون

« في الشلل الذاتى للاطفال الذى سماء المعلم هينا يشلل الاطفال »

لا يتيسر لنا الحكم مع التأكد بان كان الشلل الذاتى للاطفال يعسد
من امراض الدماغ أو النخاع الشوكى أو الاعصاب الجاذبة أو بان كان
ينبوهه تارة دماغياً أو شوكياً وتارة ديارياً كما قاله فوكت وذلك لعدم وجود
صفات تشريحية مؤيدة لذلك وحينئذ ترى ان تسمية هذا الشلل بالذاتى صائبة
للعناية ولو كان التهاب النخاع الشوكى أو الانسكاب الدموى فيه هو السبب
الاساسى لهذا المرض وظهوره فان التغير المرضى في الزمن الذى يسمى فيه
الشلل بالذاتى عادة يكون قد انتهى والذى يستحق الاعتبار حينئذ والمعالجة

ليس المرض الاصل بل الشلل الناتج عنه فان الشلل الذاتي يكون ولا يد في الغالب أثر التغير من مرض سابق حاد وجميع المؤلفين اتفقوا على ان هذا الشلل يحصل في ظرف قليل من الساعات ويكون تاما وانه لا يمتد فيها بعد من الطرف المصاب الى محل آخر

واسباب هذا المرض وكيفية ظهوره مجهولة علينا وغير واضحة وهذا المرض يكاد لا يحصل الا فيما بين الطفولة مدة التسنين أو بعده بقليل اعني من الشهر السابع الى انتهاء السنة الثالثة ويصيب الاناث والذكور ومن الاطفال على حد سواء ولا يقتصر في الاصابة على الاطفال الخنازير بين المنهوكي البنية بل يصاب كذلك الاصحاء منهم ويعتمد من الاسباب المتعممة لهذا المرض الامراض الطفحيه الحادة والبرد لاسيما جلوس الاطفال على نحو الرخام وهذا السبب الاخير لا يمكن القول به فان عدد اعظم ما من الاطفال يجلسون في كل يوم على الحجارة الباردة ومع ذلك فالشلل الذاتي ليس من الامراض الكثيرة المحصول عندهم

في الاعراض والسير

هذا المرض يتبدى في كثير من الاحوال باضطراب حسي عام واعراض الاحتمة الدماغية أو التهاب المعاني وكما انه في كلا هذين المرضين توجد الحمى والاضطرابات العقلية ونوب التشنجات وفقد الادراك وصرير الاسنان ونحو ذلك من الاعراض ولا يمكن الحكم الامن السير والتمييز بين هذين المرضين اعني بان كان هناك احتقان دماغي أو التهاب دماغي فمكذلك لا يمكن الحكم من الصورة المرضية المتصف بها ابتداء الشلل الذاتي الا بالتمييز بان هناك احتقان دماغي شديد وانه بعد زوال التشنجات ورجوع الادراك بقي شلل تام في أحد الاطراف أو في جملة منها فتارة يكون المثل أحد القدمين او الذراعين وتارة الطرفين السفليان لكنه لا يحصل هذا الشلل في طرفي جهة من الجهات معا مطلقا اعني الفالج وهذا امر يثبت ان هذا المرض لا يكون متعلقا بسكتة دماغية ولا بالتهاب دماغي وكذا لا تشترك المشانة ولا المستقيم في الشلل مطلقا وكان هناك احوالا مسبوقة في ابتداءها باضطرابات دماغية ثقيلة واصفة فكذلك هناك احوال

فيم ما تصاب الاطفال بالشلل بدون اضطراب عام حى وبدون نوب تشنجية او كوما سابقة بل فيم ما تصاب الاطفال فجأة بشلل فى احد الذراعين او الساقين مع او الجزء المصاب بصير مسترخى فاقد الحركات الارادية

واما السبر التام لى لهذا المرض فيقتلف فى بعض الاحوال يزول الشلل بعد قليل من الايام وينتهى المرض بالشفاء التام والمعلم هينا النوى شاعدا عدة احوال من هذا المرض يشك فى ان احوال الشلل المعبر عنها بشلل الاطفال الوقتى ليس لها سبب آخر خلاف احوال الشلل المستمرة عند الاطفال المعبر عنها بالشلل الدائى

وقد شاهد المعلم وشين ان الانقباض العضلى الكهر بائى فى الاحوال الحديثة من الشلل الوقتى يكون محفوظا بخلاف نالى الاحوال الحديثة من شكل هذا الشلل المستمر فان الانقباض العضلى الكهر بائى لا يكون محفوظا الا فى بعض عضلات الطرف المشلول دون الأخرى ويمكن ان يعبر عن هذه الملاحظة بالكيفية الاتية وهوان الحكم على العاقبة فى الشلل الدائى يكون جيدا ويرجى شفاؤه متى كانت العضلات المنشله جاذبة لقابلية انقباضها وغير جمد وغير قابل للشفاء ويعقب الشلل بالضمور والاستحالة المرضية فى العضلات متى كانت قابلية انقباضها منطفئة

ومنى تقدم هذا المرض وانتقل للدور الثانى منة فقدت الاطراف الرخوة المرنة القابلة للحركة فى كل وضع امتلائها به نها تدريجيا فتقع فى الضمور الذى يمتد الى الجلد والطبقة الشحمية والعضلات بل والعظام فكل من حجم الطرف بل وطوله بصير ضئلا جدا فى الجهة المريضة عن الجهة السليمة ويتضح ذلك ايضا عظيم بعد مضى سنة ومع قلة التغذية وعدم كفايتها فى الطرف المنشل يتضح صغر النبض والنحطاط درجة الحرارة فيه فيصير الطرف ذا هيئة مزرقة وكثيرا ما تحصل فيه الغنغرينة الوضعية والتبيسات والقروح وينضم للضمور فى الاطراف المنشلة عند تقدم هذا المرض تشوه واعتقالات عضلية فالعضلة الدالية الضامرة مثلا لا يمكنها حفظ راس العضد فى حفرة الكتف وتثبتته فيها ينسقط الذراع الى اسفل وتتمد المحفظة المفصالية بشقه وحيثئذ يوجد اسفل التواء آخر فى حفرة واسفل منها والى الوحشية يوجد

راس العضد وهذا الجزء يمكن رده الى محله بسهولة لكنه بتركه يسقط بثقله
 نائيا ويترك حفرة المفصل وان كانت الاطراف السفلى مصابة حصل في الزمان
 الذي فيه تعجزت الاطفال في الحركة بالزحف صر في العضلات التي تكون
 حافظة لقوة انقباضها ولا تجد مقاومة من العضلات المضادة لها في الفعل
 وبهذه الكيفية تنشأ أنواع تشوه القدم المعبر عنه برحل الفرس وكذا الرجل
 المنثنية على الجهة الوحشية وتحصل انقباضات مستمرة في مفصل الفخا مع
 الحوض والتشوه المصحوب بانثناء الركبة

وفي الاحوال المتقدمة من هذا المرض تكون قابلية الانقباض الكهربية
 في العضلات المثلثة منه غيبة بالكلية ومن ذلك لا يمكن الحكم على نبوع
 الشلل فان هذا يوجد في جميع اشكاله بل وفي الشكل الدماغي منه مادام
 الشلل مستمر ازمن طويلا بحيث يعترى كلاما من الاعصاب والعضلات
 استهالة مرضية

والحالة العامة عند الاشخاص المصابة بالشلل الذاتي لا تتغير فكثير من مثل
 هؤلاء المرضى - ينعمون واعليهم ان كان من الطوائف الدينية يوجد في
 الطرق اطلب الصدقة، فظهرين تشوهاتهم بطلب الشفقة عليهم

في المعالجة

لا يؤمل النجاح من الاستفرغات الدموية الموضعية على جانبي العمود الفقري
 ووضع المصرفات على العمود الفقري الا في الاحوال الحديثة من الشلل
 الذاتي وامالي الاحوال المتقدمة العميقة فلا يتصور بهن الطريقة احداث
 تحلل في مخصلات التنوير المرضي الذي تم سيره في النخاع الشوكي من
 منذ زمن طويل كما لا يتعشم في شفاء جزء النخاع الذي تكونت فيه ندبة سكتية
 من منذ زمن طويل وشفاء الفالج بذلك وفي الاحوال التي يكون فيها
 الانقباض العضلي الكهربي بائي منقطعنا والاعصاب والعضلات مكابدة
 لاستهالة مرضية يسكون شفاء النخاع الشوكي ورجوعه الى حالة سلامة
 بالمرض لو امكن الحصول على ذلك لا طائل نحت ولا فائدة فيه

وكما انه لا يمكن في معالجة الشلل الذاتي اتمام ما تستتعيه المعالجة السببية
 ومعالجة المرض نفسه فاما المعالجة العرضية لهذا المرض لها نجاح عظيم أحيانا

فنادام بعض العضلات حافظا لقوة انقباضه وجب ولا بد الاستمرار على استعمال التيار الكهربائي المنقطع القوى اذ بهذه الوساطة يمكن مع التأكيد حفظ قابلية التنبيه الموجودة وازدادها شيئا فشيئا ومنع تقدمات الضهور والاستحالة المرضية في العضلات كما وانتهى الاحوال الميسوس منها امكن الحصول على نجاح عظيم بواسطة قطع الاوتار من تحت الجلد وغسبه من الوسائط الميخانيكية المحسنة لوضع الاطراف كإدات على ذلك تجارب هينا

﴿تذيل لامراض النخاع الشوكي والاعصاب﴾

﴿المبحث الاول﴾

﴿في الضهور العضلي التدريجي﴾

﴿المعروف بالالتهاب المزمن الاحيلة المتقدمة من النخاع الشوكي﴾

﴿للمعلم تركو﴾

﴿تنبيه﴾

هذا المرض قد شرحه نيمير في الطبعة الثامنة من كتابه في فصل امراض اعضاء الحركة ولكن حيث دلت التجارب والابحاث المستجدة على انه مرض عصبي فقد اُحفظه بشرح الامراض العصبية بل ان هذا المرض شرحه اخيرا للمعلم سينم في الطبعة الاخيرة من كتاب نيمير في امراض النخاع الشوكي

﴿كيفية الظهور والاسباب والصفات التشريحية﴾

قد شاهد المرض الذي نحن بصدده كل من الشهير كروفيليه واران وبعض اطباء الانكليزيين والالمانيين ولكن الاخبرون هم الذين اعتبروه مرضا خاصا بنفسه مختلفا عن باقي انواع الشلل العضلي ومع ذلك فلم تتفق آراؤهم بالنسبة لمجس الضهور العضلي التدريجي فبعضهم ذهب الى ان هذا الضهور نتيجة مرض عصبي اولى بمجاسه اما الى الجذوع العصبية المقدمة للنخاع الشوكي (كما قاله كروفيليه) اولى العظيم السمبوتوى (كما قاله شنيقوكت) او هو والغالب في النخاع الشوكي نفسه وبعض المؤلفين يزعم مع (اران وفريدبيرج) ان منشأ هذا المرض في العضلات المريضة نفسها ويعتبر التغيرات الموجودة في المجموع العصبي نتيجة امتداد لها من

الاعصاب الكائنة بين الالياف العضلية ممتدة من الدائرة الى المركز والذي
 عضده هذه النظريات الاخيرة هو على الخصوص المعلم (فيردريش) في
 رسالته على الضهور العضلي التدريجي وعلى حسب رأيه يعتبر منشأ هذا
 المرض الانتهاب المزمن في انغماد الالياف العضلية نفسها الذي يؤدي
 التضامة وفتوخلائي في المنسوج الخلوي بين الالياف العضلية وبهذا النمو
 للمنسوج الخلوي تتسلاشي الالياف العضلية اما عقب ضهور بسيط فيها
 او مكابدها للاستحالة النعمية أو الشحمية لكن في العصر المستجدي من منذ
 ما امكثنا معرفة التغيرات ولولا الدقة في النخاع الشوكي بواسطة طرق البحث
 الجيدة عن هذا العضو قد وجد كثير من المؤلفين ان التغير المرضي الخاص
 بهذا المرض مجلسه القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكي وهذا التغير
 عبارة عن ضهور في الخلايا العصبية لهذه الاجزاء وازداد المادة البجمينية
 فيها اى اللونة السوداء وتلاشيتها بالسكابة وحيث يظهر ان عامود الخلايا
 العصبية المقدمة من النخاع الشوكي هو مجلس تغذية العضلات سيما
 عضلات الجذع والاطراف فلا بد وان التغير المرضي لهذه الاجزاء يعقبه ضهور
 عضلي يكون بالنسبة لمجلسه ودرجة امتداده مطابقا وما نلا لتغير القرون
 المقدمة وهذه الاصابة المرضية للقرون المقدمة السنجابية قد تكون اولية
 وقائمة بنفسها او حينئذ تنضج الصورة المرضية النقية للمرض الذي نحن
 بصدده لكن من المعقول ان امراض النخاع الشوكي الاخرى كالتيس
 الاحبلية الخلفية منه او الجانبية او التيس الجزئي المتعدد من النخاع
 او الانتهاب المركزي لهذا العضو بل والانتهاب السحائي النخاعي الشوكي
 قد يؤدي لاصابة القرون المقدمة ونسادهما والظهور العضلي التدريجي تبعا
 لذلك والجذوع العصبية المقدمة التي تخرج منها الالياف العصبية العضلية
 تشتت في الضهور مع المركز النخاعي الشوكي الغذائي اما كثير أو قليلا
 بل والاعصاب الدائرية التي فقدت مركزها غذائي قديستربها اثر الضهور
 الواضح والعضلات المريضة يحصل فيها ضهور كثير الوضوح أو قليله وتكون
 حمراء باهتة أو مصفرة وفي الاحوال غير المتقدمة من هذا المرض يوجد في
 العضلة الواحدة بالمكروسكوب خزمة عضلية طبيعية وأخرى معتبرها

الاستحالة التثنية وألياف عضلية ضامرة ضوهر ابسيطا وقد وجد في بعض الاحوال بدلا عن الاستحالة التثنية في الالياف العضلية الاصلية استحالة تثنية في المنسوج الخسوى بين الالياف العضلية ولذا ميز لهذا المرض على حسب رأى (ورجوف) شكل جوهرى وشكل خلائى ومع ذلك فقد يوجد كل واحد من هذين الشكلين مع الآخر ومن القريب الشكل الخلائى الاخير شكل الضمور العضلى التدريجى الذى شوهد فى العصر المستجد وسمى بالضمور العضلى الكاذب وبالتثمم العضلى وهذا الشكل الاخير يشاهد على الخصوص فى سن الطفولية والشبوية سيما عند الذكور وهو ينشأ عن تقوى المنسوج الخسوى بين الالياف العضلية مع تراكم أخيلية تثنية عديدة فيه وأما الالياف العضلية نفسها فيحصل فيها ضمور كثير الوضوح أو قليله ومع ذلك فقد يوجد تبعا للتجارب (كونهم) وغيره بين الالياف العضلية الضامرة ألياف عضلية فى حالة ضمامة عظيمة ومثل هذه العضلات تكتسب ولو مع ضمور جوهرها الخاص جماعظيما جدا بسبب تقوى المنسوج التثمى فيها وحينئذ تظهر فى حالة ضمامة عظيمة ولو كانت واقعة فى الضمور وهذا الضمور الكاذب يحصل على الخصوص فى عضلات الاطراف السفلى لاسيما فى سمانة الساقين ثم فى عضلات الاليتين والباسطة للعمود الفقرى والصدر وبعد انضاح هذا المرض تكتسب صورته المرضية هيئة مخصوصة وذلك ان أطراف مثل هؤلاء الاطفال المكتسبة لحجم عظيم جدا تتخالف بالسكية ضعفها الشللى وضمور باقى العضلات وقد اختلفت الآراء ايضا بالنسبة لطبيعة الضمور العضلى الكاذب كما اختلفت بالنسبة للضمور العضلى التدريجى وقد ذهب (فريدريش) الى ان ينبوع هذين المرضين فى العضلات بل ذكر انهما مماثلان لبعضهما فى الحقيقة قديشاهد كل من هذين التعبيرين مع الاخر فى اقسام عضلية مختلفة وأما غيره من المؤلفين فينسب التثمم العضلى الى الضمور الكاذب لفقد تأثير الاعصاب المغذية وفى الحقيقة قد شوهد فى بعض الاحوال تغيرات فى النخاع الشوكى (كما هاله شركو وغيره) لكنها لم توجد فى احوال اخرى بحيث ان بعض المؤلفين يذهبون للقول بأن كلاما من الضمور العضلى الكاذب والضمور العضلى التدريجى يظهر على

شكل مزدوج غير انه قد يكون مرصا منشأه عصبية تارة وتارة عضلية
ثم ان الضمور العضلي التدريجي لا يشاهد كالمضمور العضلي الكاذب
في سن الطفولية والشبوية الا نادرا وأغلب مصادره هذا المرض بين
سن الثلاثين والخمسين ويندر مشاهدته في السن المتقدم جدا ويكثر
حصوله عند الرجال بحيث ان اصابته للنساء تكون بقدر ثمانية عشر على
المائة طبقا لتساويم (فريدرايش) وقد اتضح في كثير من الاحوال
ان التأثير الوراثي له دخل في حصول هذا المرض بل قد ثبت ذلك أحيانا
في جلة أجيال متعاقبة وفي هذه الاحوال الاخيرة كانت الذكور هي
الاكثر اصابة وأما الاسباب الاعتيادية للضمور العضلي التدريجي فهي
عبارة عن الجهودات العضلية الشاقة في بعض اقسام العضلات ولذا اننا
كثيرا ما نشاهد ظهور هذا المرض عند الشغلان ويتبدى عندهم تارة
بعضلات الاطراف العليا وتارة بعضلات الاطراف السفلى بحسب كثرة
تعريضها للشاق ومن الاسباب النادرة لهذا المرض بعد بعض المألفين
خلاف ما ذكر تأثير البرد والافراط من الشهوات النفسية وسبق في بعض
الامراض الحادة كالتييفوس والامراض الطفحية الحادة والدفتيريا
والحمىضة والروماتيزم المفصلي الحاد والنفاس ويظهر ان بعض المؤثرات
الجسمية قد تحدث هذا المرض أحيانا فذكر (روزنتال) ان السقوط من سطح
عال قد يحدثه عقب ارتجاج النخاع الشوكي وحصول التغيرات المرضية فيه

الاعراض والسير

هذا المرض يتبدى في الغالب بعضلات اليدين والساعدين المعرضة بالاكثر
للشاق العضلية الشديدة وقد يتبدى أحيانا بعضلات الكتفين ويندر
أن يتبدى بعضلات الاطراف السفلى والعتن والجذع وفي أحوال اخرى
يظهر ان هذا المرض يتبدى باصفار ممتدة وكل من اليدين والذراعين
والاطراف السفلى المصابة يتعب بسرعة عند الاشتغال ويعتريه ارتعاش
واحساس بجثاوة وتعمل وكثيرا ما تحصل آلام جاذبة في العضلات أو آلام
عصبية دورية في بعض الاعصاب وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها فلا
تشخص على حقيقتها بل تعتبر روماتيزمية ومن المهم في تشخيص هذا

المرض التقلصات الحزمية العضلية التي تحصل تارة من ذاتها وتارة عند الحركة أو المهيجات الظاهرية وهي عبارة عن انقباضات في بعض الحزم العضلية (وليس في العضلة بتمامها) تنعاقب بمرعة ولذا أنها لا تحدث حركات لكن هذه التقلصات الحزمية لا تحصل في جميع الاحوال وقد تحصل في غير هذا المرض بل قد يشاهد عند الاصحاء (وتسمى بالاختلالات) والعلامة التخصيصية المهمة هي الخفاقة التدريجية الواضحة في قسم العضلات المصابة خصوصا يتضح هذا الضمور ابتداء في سمانة الابهام والخمسة ويتضح مع ذلك حصول ميازيب عميقة في المسافات بين عظام الرسغ بسبب ضمور العضلات بين الاصابع ثم يمتد هذا الضمور من اليد الى عضلات الذراعين مع بعض تقطع بكيفية بحيث ان بعض العضلات الغائرة تبقى سائمة وتصاب عضلات العضد والكف ومن الجائز ان يبتدئ التغير المرضي بعضلات الكتف ويمتد نحو الدائرة وفي العادة يصيب هذا المرض أنسجما عضلية مماثلة لمعضلات الوجهين لكن ليس على الدوام ومع ذلك فدرجة الضمور المزدوج وامتداده لا يكونا مشابهيين لبعضهما بالكلية وبتقدم الضمور تناقص قوة وظائف العضلات المصابة شيئا فشيئا ومع ذلك فلم تزل قابلية الانقباض محفوظة ولو بعضا الى آخر ادوار هذا المرض مادام بعض الالياف العضلية القابلة للانقباض موجودا وبذلك يتميز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الحقيقي الذي فيه يحصل فقد تام كثيرا أو قليلا في قوة الانقباض العضلي وأما حجم العضلات فلا يتناقص فيه بدرجة مطابقة لاضطراب وظائفها فالضمور الواضح لبعض العضلات مع بقاء الاخرى سليمة ولو كانت مجاورة الاولى به يتيسر ولا بد معرفة هذا المرض وليس من الاسادر ان يعترى بعض العضلات انقباض مستمر فيبقى الجزء المصاب حية تنفذ في وضع مخصوص ومن العلامات الواضحة لهذا المرض شكل اليد الشبيهة بمخالب الحيوانات المفترسة (كما قاله دوشين) الذي فيه تكون السلاميات الاولى من الاصابع منبسطة والاخيرتان منقبضتين ودوجه ذلك دوشين بالكيفية الآتية وهي ان العضلات بين عظام الرسغ الظاهرة والباطنة التي يفعها المتحدثني

السلاميات الاول وتبسط السلامة الثانية والثالثة تكون ضامرة وبذلك
تجذب عضلات الساعد المضادة لها وهي الباسطة والقايسة للسلاميات
تغلب في فعلها وقابلية الانقباض العضلي الكهربائي تكون ابتداء على
حالتها الطبيعية (بل متزايدة مابقا لبعض المشاهدات) لكنهما فيما بعد
تتناقص أو تنطفئ بالسلبية بحسب درجة زوال الالياف العضلية القابلة
للاقباض وتلاشيها أو أفاقياية الانقباض العضلي الذي يعقب التنبية
الكهربائي الواسطي اى الآتى من العصب فانها تبقى محفوظة مدة من
الزمن زياذة عن قابلية الانقباض اللاواسطية اى التي تعقب تأثير التيار
الكهربائي على العضلة نفسها وكذا الانقباض العضلي الارادى يبقى أثره
زمنطويلا وأما الاحساس فانه يوجد بقطع النظر عن الآلام والثرورات
الحسية السابق ذكرها التي قد تسبق تغير العضلات ارتقاء واضح في قابلية
التنبية الميكس لاسيما الكهربائي وقد يشاهد أحيانا في آخر أدوار هذا
المرض ثوران حسي جزئي ومع ذلك فالاضطرابات الحسية لاتكون عظيمة
غالبسا وقد يشاهد في بعض الاحوال تصايق في الحسدة لاسيما في الجهة
الاكثر اصابة من الجسم أو تناقص في قوة انقباضها عقب شلل الالياف
العضلية المتشعبة للقرنية وذلك بسبب امتداد لاصابة المرضية الى المركز
العصبي القزحي من النخاع الشوكي العنقي كما وانه قد سوهدي بعض
الاحوال تفرطح خفيف في القرنية وليس من النادر حصول اضطرابات
غذائية أخرى خلاف العضور العضلي لاسيما ضمور الجاد وظهور طفح
هرسي على مسير الاعصاب المصابة أو انتفاخات مفصلية واسابات عظمية
في السلاميات أو عظام الرتسخ وهي تماثل التغيرات المفصلية التي
شرحها شمر كوفي بمبحث السل النخاعي كما وانه قد شد وهدي بعض الاحوال
بعض اضطرابات في الافراز كالعرق الغزير وبعض تغير في البول ولاسيما
تناقص ما يسمى بالكريتينين وهو متحصل التبادل العنصري العضلي
وقد تكون الحرارة أحيانا متزايدة في الاطراف المصابة قليلا لكنهما فيما بعد
تخط بجملة درجات كما وقد تساهد حركة جيدة في الدور الاول والاخير
من هذا المرض

لم اشهر الضمور العضلي التدريجي بطي للغاية فقد يمتد بجملة سنين وفي بعض الاحوال الجسيمة لا تتضح الصفة التدريجية لهذا المرض فالتغير المرضي يبقى قاصراً على بعض اصغارا احد الاطراف لاسيما احد المفاصل كفصل اليد والمرفق والركبتين بحيث يفتى عليه جملة سنين بدون ظهور تقدم فيه حتى ان المريض المصاب لا يكون عنده سوى اضطراب وظائف العضلات المصابة وأما الاحوال التي فيها يتقدم الضمور العضلي التدريجي بسرعة بحيث يمتد في زمن قليل الى عضلات الاطراف والجذع بل والعنق والرأس فأنذارها خبيث فان المرضى في مثل هذه الاحوال الثقيلة مع تمتعها بالشهية وعدة الحواس وسلامة العقل تفقد وظيفة اعضائها واحدا بعد الآخر فلا يمكنها فيما بعد المشي ولا تغيير وضعها والاطراف العليا تكون معاقة يجوار الجذع بدون حركة بحيث يحتاج الحال لتطعيمها بيد اجنبية والموت يطرأ حينئذ بطرق متعددة اما بواسطة اسباب مرضية في أعضاء التنفس وهذه يستند خطرهابمضور عضلات الصدر والحنجرة والبطن أو ان الموت يحصل بواسطة شلل العضلات بالمعومية اللسانية الشفوية أو انه يحصل من تقدم الغفرينة الوضعية

وبالنسبة للتشخيص التمييزي ينبغي ولا بد تمييز الضمور العضلي التدريجي عن تيبس الاحبله الجانبيه من النخاع الشوكي الذي شرحه المعلم شركو في العصر الجدي بمرض قائم بنفسه فان تيبس الاحبله الجانبيه الذي يطرأ كمرض اولي يتضح ولا بد استداده في الجزء العنقي من النخاع الشوكي ومع ذلك فالتغير المرضي قد يمتد الى اعلا نخوالاجسام الهرميه وقطرة الدماغ والى اسفل نحو النخاع الشوكي الطهري والفطني وحيث ان تيبس الاحبله الجانبيه من النخاع قد يمتد الى القرون المقدمه من الجوهر السنجابي لهذا العضو فتعترها عين التغيرات التي تكابد بها في الضمور العضلي التدريجي فأعراض هذا المرض الاخير لا بد وان تعقد بأعراض تيبس الاحبله الجانبيه وفي آن واحد تظهر اعراض اخرى لا توجد في الضمور العضلي التدريجي فانه في احوال تيبس الاحبله الجانبيه يحصل ابتداء (تبعاً لشركو) شلل حثيث في الضمور العضلي لا يكون في حد ذاته ابتداء قويا واضحا

بحيث يوجه به على انفراده ضعف الحركة واضطرابها واما في احوال الضمور العضلي التدريجي فشكل من ضعف الحركة وضمور العضلات يكون بنسبة واحدة كما وانه في احوال تيبس الاحبله الجانبية يحصل ضمور عام عند استواء على جميع الطرف عكسا لما يحصل في الضمور العضلي التدريجي فان فيه الضمور العضلي يكون في العادة قاصرا على بعض عضلات الاطراف وفي تيبس الاحبله الجانبية يكون الضمور في الغالب قاصرا على الطرف العلوي واما الشلل فيكون غالبا واضحا في الطرف السفلي وكذا في احوال تيبس الاحبله الجانبية من النخاع تحصل اتقباضات مستمرة في الاطراف المشللة الصامرة وهذا لا يحصل مطلقا (تبع الراي شركو) في احوال الضمور العضلي التدريجي وتيبس الاحبله الجانبية من النخاع الشوكي يتم تغلبا الى النخاع المستطيل فيحصل الشلل في الاصاب الذائشة من هذا العضو بخلاف ما يحصل في الضمور العضلي التدريجي البسيط فانه لم يشاء ذلك (تبعالة اوم دوشين) الا في ثلاث عشرة حالة من المائة وتسعة وخمسين التي شاهدها وبالجملة فسير تيبس الاحبله الجانبية من النخاع الشوكي مريع والموت يطرأ عادة في ظرف ثلاث سنين بخلاف الضمور العضلي التدريجي فانه يمتد من عشرة اثنين الى عشرين

وكذا يسهل تمييز الضمور العضلي التدريجي عن الشلل الزحلي الذي كثيرا ما يصيب احدي اليدين فان هذا الاخير من المعلوم انه يبقى قاصرا على العضلات الباسطة لليد والاصابع فضمور العضلات الباسطة وتكون اليد والاصابع ساكنة مسترخية فلا تظهر الاصاب كافي الضمور العضلي التدريجي الوضع الخاص الشبيه بمخالب الحيوانات المفترسة بحيث ان انبساط اليد والاصابع لا يكون تاما ولا يحصل بالسكاية وزيادة على ذلك فمن الامور المساعدة على معرفة الشلل الزحلي وتشخيصه وجود علامات اخرى من التسمم الزلي كالمالة المحيطة بالحافة اللثوية من الاسنان ذات اللون السنجاني المكونة من رويب كبريتات الرصاص وسبق المنص الزحلي والالام المفصلية الزحلية لكن علينا ان لا ننسى ان الالتهامات الهائبة بالتهام الزحلي قد يحصل عندهم الضمور العضلي التدريجي الحقيقي

المعالجة

لم يكن عندنا وسائط علاجية في هذا المرض سوى الكهر بائية مع تباعد جميع الاسباب التي يترتب عاينها فعل بمجهودات عضلية في العضلات المصابة اذ بذلك قد تيسر لنا اقله في بعض الاحوال التي يود فيها بتلك المعالجة ولم تكن مريضة السير جرد اليك فقط وقوف هذا المرض بل تحيينه تحسينا واضعاً متفاوت الدرجة ولو كان ذلك وقتنا غابا واما وكان يفضل سابقا (تبعاً لرأي دوشين) استعمال التيار الكهر بائي المتقطع على العضلات المريضة واما الآن فالفضل هو استعمال التيار الكهر بائي المستمر على شكل تيار جيلواني ساقط من العامود الفخري أو الجسدوع العصبية نحو اعصاب العضلات المريضة أو يستعمل على التعاقب التيار المتقطع على العضلات والمستمرة على الاعصاب ومع ذلك فهذا يحتاج لتعبير ومداومة طويلاً جداً من المريض والطبيب معاً حتى يتحصل على فائدة لكن كثيراً ما لا تثمر المعالجة الكهر بائية

(المبحث الثاني)

في الشلل الذاتي الاطفال

(المعروف ايضا بالشلل النخاعي عند الاطفال)

هذا المرض الذي نحن بصدد وصفه ومما يميزه بما ذكر يحصل عادة بين السنة الاولى والثالثة من الحياة وهذا امر مهم بالنسبة لتمييزه عن غيره من انواع الشلل وهذا المرض يصيب في العادة اطفالاً اصحاء البنية وقد يصيب اطفالاً لمخفاهما كثيراً التبرج وقد ذكر (روزنتال) ان امهات مثل هؤلاء الاطفال كثيراً ما يوجد عندهن اضطرابات عصبية أو ان كثيراً من اخواتها يكون قد هلك بالتشنجات والاستغاثات الدماغية وفي العادة لا يوجد السبب المتمم لهذا المرض وانما في بعض الاحوال يظهر انه نتج عن تأثير البرد أو بعض الامراض الطفعية ذات السير الغير المنتظم ولقد تحقق لنا في العصر المستجد بواسطة مشاهدات اطباء فرنسا وبين (مثل شركو) وغيره ان مجلس هذا المرض هو الجزء المتقدم من النخاع الشوكي أي القرون المقعدة من الجواهر السنجابي والاحيلة المقعدة والجزء المتقدم

من الاحيلة الجانبية والجذوع العصبية المقدمة ومن ذلك يتضح القرب العظيم بين الشلل النخاعي الطفلي والضمور العضلي التدريجي وانما في المرض الاول تحصل التغيرات دفعة واحدة بسبب هذه التغيرات المرضية واما في المرض الثاني فانها تحصل بكمية من مئة تدريجية

وهذا المرض ينشأ بدور حاد تكون مدته قصيرة عادة فانه بعد سبق نوعك خفيف قد لا يلتفت له احيانا اوليلة فلقى أو حركة جيزة خفيفة غير معلومة الينبوع أو حالة مرضية ثقيلة تستمر جملة ايام احيانا مع ظواهر تدل على احتقان الدماغ (كالهذيان والنفضات العضلية أو نوبة تشنجية مع فقد في الادراك) بطرأ شلل الاطراف أو هي والجذع دفعة واحدة وهذا الشلل له صفة خاصة به وهوانه يكون عظيم الامتداد جد في الابتداء وانه فيما بعد في الاسبوع الثاني غالبا أو بعد قليل من الاشهر تعود الحركة فاقبى في بعض اجزاء الجسم لاسيما في الاجزاء العليا منه لكن الشلل الشام يبقى فاصر اعلى اجزاء محدودة ويستمر اذ ذلك طول الحياة وانما في الاحوال الحقيقية يشاهد بعد النوبة الاولى زوال ظواهر الشلل بالسكلية وشفاؤه شفاء تاما (وهذا هو الشكل الوقفي) والشلل الذي يستمر عادة يصيب غالبا الاطراف السفلى اكثر من العليا ويكون غالباً قاصرا على احد الساقين أو الذراعين (ويسمى بالمونوبلجيا) اكثر من اصابته لهما معا (المسمى بالبارابلجيا) ويندر اصابته للطرف السفلى والعلاوى لجهة واحدة من الجسم (ويسمى بالايمنابلجيا) أو للطرف السفلى من جهة والعلاوى من الجهة الاخرى واندر من ذلك اصابته للاطراف الاربعية وفي الابتداء يكون كثير من عضلات الطرف المصاب أو جميعها مصابا بالشلل لكن عما قليل يعود لجزء منها قوة انقباضه الطبيعية فلا يبقى الشلل مستمرا الا في بعض أقسام من العضلات وقابلية استعمال الطرف المصاب يحصل فيها فيما بعد عوق عظيم يقطع النظر عن اشلل بواسطة التشوهات التابعة التي تظر اعليها فان اغلب تشوهات القدم وانحنا آتة الى تحصل بعد الولادة تنتج عن الشلل النخاعي الطفلي وقد ذهب بعضهم الى ان كيفية حصول تشوهات القدم الشلالية هذه تنتج عن كون العضلات الغير المتشلة

أوالتي شللها غير تام تجذب القدم الى جهتها وتبقى قصيرة ومع ذلك قد صار
 الاعتراض من كل من هيترو وفولسكن على كيفية هذا الحصول بالفعل
 العضلى المضاد اقله في جميع الاحوال فانه كثير ما تحصل تشوهات
 وانحناءات عظيمة جدا عندما تكون جميع العضلات مثقلة كما وانه ليس
 من النادر أن العضلات المثقلة هي القصيرة وحينئذ فصول التشوه الشللى
 ينبنى على ثلاثة امور مية انبكية تأثر مع بعضها وهي اولا الثقل النوعى
 للجزء المصاب وثانيا الثقل الواقع عليه عند الارتفاع به وثالثا عدم امكان
 تعديل وضع الطرف الذى حصل بحركة العضلات الغير المثقلة والغلب
 انحناءات القدم حصولا هو شكل الانحناء والتشوه المسمى برجل الفرس
 وقد وجه هذا الامر بكون القدم المائل يأخذ هذا الوضع متى ترك هو
 لثقله وأما عند الاطفال التي يمكنها المشى فان القدم المتحمل لثقل الجسم
 يكتسب شكل التشوه المسمى بالقدم المفرطح أو الزاوى وأما مفصل الركبة
 فلا يحصل فيه انقباض مطلقا تبعا لقولسكن ولو كانت جميع العضلات
 الباسطة للساق مثقلة بل ان هذا المفصل قد يكتسب حركة عظيمة جدا
 بحيث يحصل فيه تمدد عظيم وغير ذلك يحصل في المفصل المرفقى الفخذى
 وفي الاطراف العليا لا يتكون انقباضات واضحة في مفصل المرفقى فان
 الطرف المثقل يكون منسبطا ومرتحيا واما في احوال شلل العضد فان كلا
 من العضلة الصدرية والعظيمة الظهرية وخيرهما يعتريه قصر بسبب عدم
 التعود على رفع الطرف والاصابع يحصل فيها بسبب قصر اوتار العضلات
 القابضة انثناء وانقباض وذلك يحصل تبعا لقولسكن عقب استمرار
 الاصابع في هذا الوضع فانها ليست ثقيلة حتى تكون في حالة انبساط مستمر
 كالذراع المنبسط المسترخى وبالجملة قد ينشأ عن شلل العضلات الظهرية
 تقوسات في العمود الفقري ووضع معيب في الاكتاف ولو بدون شلل
 وتشوه في الاطراف

وقايلية الانقباض الكهربي تكون متناقصة قليلا في العضلات القليلة
 الاصابة ومفقودة بالكلية في العضلات اتسامة الشلل ومع ذلك فالقول بانه
 في جميع الاحوال التي فيها يفقد التنبيه الكهربي المتقطع في الاسابيع

الاول لا يكون هناك ادنى رجاء في الشفاء ايس صائباني جميع الاحوال
 (كما قاله روزنثال) بل قد شوهد رجوع الحركات الارادية مع كون قابلية
 التنبيه الكهربي باقية لم تزل مفقودة ومشاهدة (سالومون) من حيثية كون
 العضلات المنشلة التي تفقد قابلية انقباضها العضلي بالتأثير الكهربي باقية
 المتقطع لا يندر ان تبقى فيها قابلية التنبيه بواسطة التيار الكهربي باقية المستمر
 محفوظة قد صار اثباتها ايضا بواسطة غيره من الاطباء المشغولين بالامراض
 العصبية وحيث ان النصف الخلفي من النخاع الشوكي في احوال شلل
 الاطفال النخاعي لا يكون متغيرا فاحساس في هذا المرض لا يعتبر به ادنى
 تغير وغاية ما هناك ان يحصل فيه ارتقاء مرض في الابتداء وكذا فعل كل من
 المثانة والمستقيم لا يعتبر به ادنى اضطراب في هذا المرض بخلاف العضلات
 فانها تكابد ضمورا عظيما وهذا الضمور لا يتضح فقط في العضلات المنشلة
 بل ايضا في العضلات القابلة للانقباض السليمة الخارجة عن دائرتها وهذا
 الاضطراب الغذائي يدل على اقرب العنق بين شلل الاطفال والضمور
 العضلي التدريجي ففي الحقيقة يحصل في كل من هذين المرضين تغير او فقد
 كلي في وظيفة الخلايا العصبية العقدية العظيمة من القرون المقدمة
 السنجابية ولو كان ذلك بواسطة تغيرات مرضية مختلفة وكذا الاعصاب
 و الشرايين والعظام تظهر أكثررة والاطراف العظمية الضامرة تكون
 حركتها سهلة جدا غير طبيعية أو يعثر بها خلع مادامت الانقباضات العضلية
 لم تحصل وعظام الطرفين السفليين مما أو احدهما ينأخر نموها الطولي جدا
 و يضمور وهذا الطرف يزداد التشوه واما الجلد المقطع للجزء المثلث ولوانه
 يظهر باردا من رفا الا انه لا يكون فيه ميسل لحصول اضطرابات غذائية
 كالتي نغفر بنا الوضعية ونحو ذلك

ثم ان الشلل الطفلي النخاعي وان كان لا يهدد الحياة وتعمر مثل هؤلاء
 المرضى حتى تصل الى عمر عظيم فمن جهة اخرى الامل في الشفاء التام
 يكاد يفتقد ما يحصل ذلك في زمن قريب من حصوله أي في ظرف سنة امامن
 ذاته أو بواسطة الصناعة والتخصيص التمييزي بين هذا المرض وغيره
 من انواع الشلل التي تحصل عند الاطفال يرتكن فيه الى المنشأ السريع

لهذا المرض والى انه في احوال الشلل الدماغى لا تنطفى قابلية التذنبية
العضلى الكهر بائية كما في الشلل الطفلى النخاعى بل تبقى مستمرة على
الدوام وانه في احوال الشلل الدماغى يفقد الضهور العضلى العظيم فى العضو
المصاب وانه في هذا الشلل الاخير يوجد مع شلل الاطفال فى آن واحد
اضطراب فى قوة الادراك وشلل فى الاعصاب الدماغية كاحدى جهتي
الوجه أو بعض عضلات العين أو نحو ذلك واما بالنسبة لتمييز الشلل
الطفلى النخاعى عن الشلل الدائرى فهو ان كان كل منهما يشابه الآخر
من حيثية فقد قابلية الانقباض الكهر بائية وطرق الضهور العضلى
العظيم الا ان الحساسية التى تبقى محفوظة فى الشلل الطفلى النخاعى
تكون ولا بد منه بصفة أو مفقودة فى الشلل الدائرى للاعصاب المختلفة
مع الحركة أيضا

وكذا عند البالغين قد تحصل اشكال من الشلل بينها وبين الشلل الطفلى
النخاعى مشابهة تامة ومن هذا القبيل الافة التى شرحها المعلم دوشين وسماها
بالشلل النخاعى المقدم الحاد للبالغين ومنها أيضا شكل الشلل النخاعى
المقدم الذى يطرأ ببطء ويسمى بالفت حاد وقد ذكرت مشاهدات من هذا
الشلل عند البالغين الشبيهة بشلل الاطفال من مؤلفين عديدة وصار وصف
بعض صفات تشريحية سيما من الطبيب (جبولت) انضح منها ان مجلس
هذين المرضين واحد وهى القرون المقدمة السنجابية من النخاع الشوكى
والاعراض المهمة من الشلل النخاعى المقدم للبالغين عبارة عن شلل فى
الحركة كثير الامتداد أو قليله يظهر ظهورا حادا أو تحت حاد كشلل الاطفال
مع حفظ الحساسية على حالة صحيحة وكذلك فعل المشانة والمستقيم وعن فقد
في قابلية التنبية الكهريائى وظهور اضطرابات غذائية تسريعة فى العضلات
الشديدة الاصابة ولا يندر عند البالغين أيضا حصول تحسين أوور وال سريع
أو بطء فى هذا الشلل وعلى كل حال فان هذا الشكل أكثر جوده من انواع
الشلل النخاعى الذى ينتج عن الاتهاب للنخاع الاعترادى
واما معالجة الشلل الطولى فلا يامل فيه النجاح بالمعالجة الخفيفة المضادة
للاتهاب كالاستفرغانات الدموية الموضعية على جاني العمود الفقرى

والمكمدات الباردة على هذا التسم والمنفطات والمسهلات اللاميفة ونحو ذلك
 الا في الاحوال الحديثة من هذا المرض والشلل الذي يبقى لا يندران يحصل
 فيه عما قيل تحسين واضح من ذاته أو أقله يتعد على بعض العضلات وإذا
 ما لم يحصل هذا المجهود الطبيعي يمكن الحصول باستعمال التيار الكهربائي
 المستمر (من العامود الفقري نحو الاعصاب والعضلات) مع الاستمرار به
 بجملة اشهر واعطاء فترات زمنية مناسفة على فائدة عظيمة سيما متى ضمنا
 لذلك فيما بعد استعمال التيار الكهربائي المتقطع اذ بذلك تقوى من الحرص
 ودورة الدم وحالة تغذية الاطراف المنشأة ونحوها وهذه المعالجة ينبغي
 مساعدتها باستعمال التقويات لاسيما المركبات الحديدية والحمامات
 الفاترة فقد ذكر روزنسال انه شاهد تأثيرا جيدا من طريقة المعالجة بالماء
 البارد بالنسبة لجسود التآثير على التغذية وتقوية العضلات المربضة
 (وطريقة المعالجة بالماء تكون اما بالذات به او ف الاطراف المربضة بلاآت
 مبتلة ثم فعل حمامات جلوسية أو صب الماء على العامود الفقري في اثناء
 الحمام) واما جودة تأثير استعمال بودورا البوتاسيوم والحقن تحت الجلد
 بكبريتات الاستر كنين من واحد على جرام الى خمسة (من ٠.٠٠١ الى
 ٠.٠٠٥) على جرام من الماء فلم يتأ كد نجاحه بالكلية وكذا المعالجة
 العضلية بواسطة الطرق الميخانيكية يمكن الحصول منها على نجاح بواسطة
 تجنب حصول التشوهات في القدم أو تحسينها وذلك بتسهيل المشي عقب
 استعمال اجهزة مخصوصة

* (المبحث الثالث) *

١) الشلل التدريجي للنخاع المستطيل

٢) (المعروف بشلل دوشين) *

٣) وبالشلل اللساني البلعومي الشفوي

٤) وبالشلل البصلي التدريجي *

هذا المرض الذي نحن بصدده ولواه بين ومتصف بصورة مرضية واضحة
 لم تتوجه اليه مع ذلك افكار المؤلفين الفرنسيين الا في العصر المستجد
 ولا سيما دوشين فانه هو الذي عرف شكل هذا الشلل بانه مرض قائم

بتفقه وأما الأطباء الالمانيون فهم الذين عرفوا المجلس المركزي لهذا المرض بأنه مكان في النخاع المستطيل وذلك بواسطة الاستنتاجات النظرية وفي الحقيقة اقتصر الشلل على عضلات التكلم والازدراد ووجود هذا المرض في الجهتين هو الذي عضد القول بأن التغير المرضي الاصلى مؤثر في الصفر الذي منه تنشأ جلة نوايات عصبية محركة مختلفة من الجهتين قرينة من بعضها بالكلية وذلك هو قاع الحفرة المربعة يحوار الخط المتوسط وقد تأيدت حقيقة تلك الاستنتاجات في عصرنا هذا بواسطة الابحاث التشريحية المختلفة من كل من المعلم ليدن وشركو وغيرهما فإنه به جد على الدوام تغير مرضي واضح في نوايات كل من العصب تحت اللسان والاضافي لوللس والعصب الوجهي لكن بالنسبة لطبيعة هذا التغير الاخذ في التقدم تدريجيا يمكن ان تصاب النوايات العصبية لتغيرها من الاعصاب الدماغية مع طول الزمن بحيث يصل التغير المرضي في بعض الاحوال الى مركز كل من العصب اللساني البلعومي والجزء المحرك من النواهي الثلاث والعصب الصخري والمحرك للقلبة أو المقرب لها بخلاف العصب المتغير اي الرئوي المعدي والسهي والجزء الحساس من النواهي الثلاث فانها لا تصاب الا فيما بعد أو لا تصاب بالكلية وأما القرون المقدمة السجائية من النخاع الشوكي فانها كثيرا ما تشترك في الاستحالة المرضية وليس هذا بمستغرب متى علمنا ان نوايات الاعصاب المحركة من النخاع المستطيل تطابق مطابقة تشريحية وتمائل القرون المقدمة السجائية للنخاع الشوكي ومن هذا يتضح القرب العظيم بين الشلل البصلي والضمور العضلي التدريجيين وكلاهما قد يوجد منضمالا لاخران يحصلان معا أو يعقب احدهما الآخر

ثم انه في الشلل البصلي النخاعي التدريجي تقع الخلايا العصبية العسقية من نوايات الاعصاب المصابة في استحالة مرضية وضور (وهو في الغالب الضمور الجعنتي الاصفر) وهذا الضمور يظهر انه نتيجة تغير احوال في التهابي لتلك النوايات فحينئذ تلاشي الاخلية العصبية هو الشرط الرئيس لهذا المرض ولو وجدت تغيرات اخرى كما هو الغالب لا سيما التضامة والتكاثف التيسبي في الانغماد العصبية الموجودة في قاع الحفرة المربعة

بل ان هذا التيبس والضمور الخاوي قد يمتد في اثناء سير هذا المرض الى المركز المحرك من النخاع الشوكي وقرونه المقدمة واجبلته المقدمة والجانبية وبذلك يوجه الطرقات المتابعة لكل من الشلل النخاعي والضمور العضلي التدريجي من الاعراض السابقة من الشلل البصلي وفي احوال قايضة قد يمتد هذا الاخير المرضي الى اعلى نحو الاحبلات الهرمية المقدمة ومنها الى العنق كما ذكره ليدن بل والى الجزء الابتدائي من نخاع المخ كما ذكره (قوسهول) وكذا لاجسام الزيتونية فمن النادر ان توجد متغيرة وأما الاحبلات الخلفية من النخاع الشوكي والاجسام الناشئة منها فانها تاتى ساجدة

ثم ان اصابة النويات العصبية البصلية يعقبها ولا بد تلاش وضمور في الجذوع والجذور العصبية المسامطة لها وحيث ان هذه التغيرات التابعية للاعصاب تتضح جدا بالظفر زيادة عن الاغبران الدقيقة المكر وسكوية للنويات العصبية التي لا تتضح الا بعد التيبس التام وتغير لون النخاع المستطيل فمن البين ان تلك التغيرات التابعية في الاعصاب هي التي استكشفت ابتداء قبل التغيرات الأولية في العضو المركزي

والاضلالات الناشئة نفسها يمكن ان يعثر عليها عند المريض بعينه اما استحالة شحمية أو شمعية واما ضمور بسيط ومع ذلك فنناقص حجم كل من اللسان وغيره من العضلات الناتجة عن ضمور الالياف العضلية بخنفي بواسطة غموا المتسوج الخاوي بين الالياف العضلية الماسية عنه بالضمور العضلي الكاذب والامر المعلوم من ان كلاما من الشلل والضمور العضلي لا يكون بنسبة واحدة غالبيا في درجة التقدم ادى للقول النظري بانه يوجد لكل عضلة اخلية عصبية عقدية غذائية ومحركة مخصوصة في النويات العصبية وانه يتعلق بمجلس التغير المرضي وامتداد في النويات العصبية اما تقدم الشلل في العضلة أو ضمورها أو حصول هذين الامرين معا واما امتداد التغير المرضي الذي يحصل غالبيا بكيفية متقطعة على دفعات فقد نسب لنوع توزيع الاوعية في العضلات (كما قاله دوريت) ولا شك ان كل اضطراب غذائي لمنسوجات منفصلة من بعضها يوجه ارتباط تفرق الاوعية مع بعضها اذ بذلك يتقل التغير المرضي من فرع وعائي الى آخر

ثم ان الاسباب الخفيفة لهذا المرض لم تزل مجهولة علينا فان المصابين بهذا الداء يكونون عادة ساهين من قبل وانما يظهر في بعض الاحوال ان لسكل من تأثير البرد والالاف عالات النفسية والمجهودات المضلية الشديدة والمأثرات الجرحية على الرأس والداء الزهري السابق الحصول دخلا كثيرا أو قليلا في حصول هذا المرض وقد يتصلح هذا الداء كمرض تابعي للظهور العضلي التدريجي وتيبس الدماغ أو النخاع الشوكي القاصر على اصغاره متعددة متفرقة وشلل المجانين ونحو ذلك وهذا الداء التاخر الحصول يشاهد بالاكثـر عند الذكور وفي النصف الثاني من الحياة

ثم ان هذا المرض يندران بتدئى دفعة واحدة على شكل دوامسكتى بل الغالب ان تطرأ اضطرابات في التكلم بكيفية خفيفة بدون ان يعتنى بها اما بدون اضطرابات اخرى أو مع اضطرابات خفيفة حسية كالآلام في الرأس والاقفاو كالا حاسم بالفجر والانقباض في العنق ونحو ذلك ويتضح بسرعة تلك الاضطرابات عسرى في الازرداد عند الاكل فالتكلم يحتاج لمجهود حتى يتم وبصير اللسان ثقيلًا ويفقد شيئاً قوياً ارتفاعة الى اعلى وانما ان نطق الخارج اللغظية التي تحتاج في تكونها لارتفاع طرف اللسان الى اعلى تصير عسرة كحرف الدال واللام والنون والراء والسين وكذا يصعب نطق الخارج التي تحتاج لتقريب الاجزاء الخلفية من اللسان الى سقف الحلق كالجيم والكاف والشين والياء واشترك العصب الوجهى في الاصابة ينتج عنه بسرة أو ببطء ضعف شلل في حركة الشفتين فيتعذر انطباق الفم وكذلك نطق الخارج الشفوية كالباء والفاء والميم والتاء والواو ونحو ذلك وعند تقدم الشلل الشفوى يكتسب هيئة الوجه هيئة البكا وذلك باجذاب الفم عن ضابوا سطة العضلات المضادة لعضلات الشفوية وباتضاح الثقبان الانفية الشفوية وناشتركت الخلايا العصبية العقدية العليا نوايا العصب الوجهى واشتركت أيضا العضلات الوجهية العليا في الاصابة تسبب عن ذلك شلل تام في الوجه يسهل ولا بد تمييزه عن الشلل الوجهى المزوج الدائرى

وعند حصول الشلل الشفوى التام يسيل اللعاب على الشفة السفلى الساخطة

لكن احيانا قد يكون افرز الالب متزايدا حقيقة فقد ثبت من تجارب
(اجاردو لويب) ان تمسح المراكز العصبية المتسلطنة على الاعصاب
المفرزة السكائنة في الحفرة المربعة ينتج عنه ولا بد افرز لعابي وأما شلل
اللاهات فهو الذي ينتج عنه التكام الانفي وصعوبة في تكون بعض الحروف
الشفوية كالياه والباء التي عند نطقها تمنع اللاهات هروب الهواء من الانف
ثم فيما بعد يتضح بطء عظيم في التكلم وتقطيع المخارج عن بعضها واخيرا
يصير التكلم غسيرا واضحا بالكيفية وتعد حركة اللسان أيضا سواء كان واقعا
في الضمور أم لا فالمرضى لا يمكنه الا احداث بعض الاصوات الانفية الزمارة
واحيانا يحصل عنده جملة شاذة في الصوت أو يفقد بالكيفية مع شلل في الاحيلة
الصوتية يمكن مشاهدته بالانظار الخجري

وعسر المضغ الذي يتزايد شيئا فشيئا ينتج عن فقد حركة اللسان والشفتين
وعضلات المضغ وأما عسر الازدراد فانه ينتج عن ضعف حركات العضلات
العاصرة للبلعوم وعن عدم سد الخياشيم أو الزمار عند الازدراد وبذلك ينفذ
مستحصل البلعوم في احدى ذين الاتجاهين

وأما سير الشلل البهلي فاعظم أوصافه هو تقدمه التذريجي فينبغي
الاحتراس من اعتبار الانواع الاخرى من شلل التلغظ والازدراد التي تبقى
مستمرة على حالة واحدة والتي تظهر بكيفية حادة سريعة من قبيل هذا المرض
فانه ولا بد من حصول شلل تام في بعض الاعصاب الدماغية في جملة من
الامراض المختلفة للدماغ والمجموع العصبي فانتا بقطع النظر عن الوقوف
أو التحسين الوقفي لهذا المرض يستمر ولا بد في التقدم الى ان يحصل الهلاك
الذي لا نقاد منه وهذا انتهاء المخزن يحصل عادة في زمن طويل من سنة
الى ثلاثة أو بعد عدة من السنين وعند تقدم سير هذا المرض كثير ما يعتد
التغير المرضي الى النخاع الشوكي فحصل آلام ظهرية أو في الاطراف متلوة
بشلل فيما أو في بعض عضلات العنق أو الصدر أو الظهر وكذا يتضح الضمور
العصلي في بعض الاقسام العنصلية لاسيما عضلات اليدين كما تقدم شرحه
في الضمور العصلي التدريجي وأما العضلات العاصرة فانها تبقى حافظة
لوظائفها الى المات وكذلك الوظائف العقلية تبقى غير متكررة ولا توجد

حصى والالتهاب المحزن اما ان يحصل بواسطة نوب ضيق عظيم في التنفس مع
سرعة بدون قوة في انقباضات القلب بشلل العصب المتحير أو بواسطة شلل
الحجاب الحاجز أو بفقدان في حركة الازدراد نغمة الحفاة والنوكة

﴿المعالجة﴾

معالجة شلل البصلة الفخاعية الشوكية لم يتحصل منها على نتائج عظيمة
فانه لم يتحقق الى الآن هل يمكن في ابتداء المرض قبل ثلاثي الخلايا
العصبية العقدية الحصول على فائدة عظيمة بواسطة الاستفراغات الدموية
الموضعية ووضع مثانات جليدية والمحوالات واستعمال التشنل بالماء على هيئة
المطر أو الشعاع في الحمامات الجلوسية الفاترة ام لا وأما نجاح استعمال
التيار الكهربي في الجلو في المستمر فغير مشكوك فيه ولو كانت الاراء مختلفة
في ذلك فان اغلب المؤلفين لم يشاهدوا من استعماله الا قوفا وقتيا وتحسينا
وكذلك في حركة اللسان وقوة التكلم والازدراد والانتفاع بالاعضاء المنشئة
ولومع التمدادى على استعماله بخلاف المعلم بن دكت فانه شاهد من استعماله
نجا عظيما حيث شاهد قوفا بل وتحسينا مستمرا والمذكور يسلط
التيار الكهربي يمر في اتجاهات مختلفة بين القفا والحجرة لكن الاتجاه
العظيم ينسب هذا المؤلف لتسليط التيار الكهربي في المستمر على الاعصاب
السمبائية بواسطة النوات الحمية والضعيفة الفقرية اذ بذلك يقع التأثير
على الاعصاب المتسلطنة على الدورة في الاجزاء المريضة وعلى الجزء المريض
نفسه وزيادة عن ذلك فقد تبسرا احداث تحسين وقتي في التكلم والازدراد
وعسر التنفس بمساعدة استعمال التيار الكهربي على اللسان والاسنان
والعصب تحت اللسان والحجاب الحاجز وأما ادوية المستعملة في مثل هذه
الامراض (كلاستر كين والفوسفور وتترات الفضة وبعض املاح الذهب
والحديد) فالذي يستحق التمدادى على تجربة استعماله هو تترات الفضة فقط
وأما بودور البوتاسيوم فيظهر ان له تأثيرا جسيما في شكل شلل البصلة
الشوكية الناتج عن الداء الزهري

وفي الادوار الاخيرة جدا من هذا المرض قد يستدعى الحمال لتغذية المرضى
بواسطة المجس المروي أو القطع الخبثي لاجل مضاربة عسر الازدراد
أو الاختناق

﴿الفصل الرابع في الامراض العصبية المنتشرة﴾

﴿المجهولة المجلس التشريحي﴾

﴿المبحث الاول في الرقص السنتجي﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الرقص السنتجي يمكن اعتباره مرضاً عصبياً خاصاً بالاعصاب المحركة فان جميع الاعراض التي تنتج عن هذا المرض يمكن نسبتها الى تنبيه مرضي في اعصاب الحركة وأما الاحساس والوظائف العقلية فلا يظهر فيها تغيير واضح مستمر

وكيفية ظهور الرقص المذكور غير واضحة فان كلامنا من الابحاث التشريحية وبيان اعراض هذا المرض لا يستدل منه على منشأ التنبيه المرضي للاعصاب المحركة في هذا المرض وكذا الصفات التشريحية القليلة للجثة الهالكة بالرقص المذكور فانه اما ان لا يستدل منها على شيء أو انه ان وجدت فيها بعض تغيرات في المراكز العصبية فلا تكون ثابتة ولا مطابقة لبعضها بحيث لا يمكن نسبتها للرقص السنتجي بل للتغير المرضي الاخير أو باضاعة حصلت بالمصادفة وانتشار التنبيه المرضي على معظم الاعصاب الدماغية الشوكية المحركة ينافي بالسكينة القول بمنشأ هذا المرض من الاعصاب الدائرية كما ان سلامة جميع الوظائف الدماغية تبعد عن العقل كون الحركات المرضية في هذا المرض ينبوع تنبيهها الاولى لها ناشئ من الدماغ وعكس ذلك فان بعض الامور سيما حصول فترة من الراحة في اثناء النوم أو الخدر الكلور وفورمي يستدل منه على ان منشأ تنبيه الحركة من الدماغ اكثر منه من النخاع الشوكي كما وان النظريات القائلة بان الرقص السنتجي ينسب لعدم التناسب بين اتساع لقناة الفقرية وغلظ النخاع الشوكي أو لاصابة النهاية في الفقرات أو الى التنبيه النخاعي الشوكي ليس لها أدنى أساس فالتا لنعلم مع التأكد ان كان ينبوع هذا المرض النخاع الشوكي ام لا وأما ما يخص اسباب هذا المرض فاول امر يعرض لنا ويلتفت اليه هو كثرة حصوله في الزمن الثاني من التسنين وفي زمن البلوغ ولا يندر ان يصاب به الشيخ من اثناء هذين الزمنين مع بقائه سليماً في الفترة

بينهما ولذا نقول ان الحوام ان الرقص السنثجى عادته ان يعود في كل سبع سنين
 ويندر حصوله قبل السنة السادسة كما يندر بعد الخمسين لكن التقدم في السن
 جدا لا يـ^{مكن} يكون دائما مصاناعنه بل ان حصل في هذا الطور من الحياة فانه
 يكون كثير الاستعصاء والنساء تكون اكثر اصابة بهذا المرض عن الرجال
 والاسـ^{باب} تعدد الوراثة له يكاد لا يستدل عليه ولو في بعض الاحوال النادرة
 وأما الانبيسا واليدريما والاصابة الروماتيزمية فانها تزيد في الاستعداد
 للاصابة به لكن لا يجوز مع ذلك اعتبار ارتباط الرقص السنثجى مع
 الروماتيزم امر ادائما وانما لا ينكر ان كثير من المرضى المصابة بهذا
 المرض كانت قد اصبحت سابقا بالروماتيزم الحاد أو المزمن وانه يعتبر بها
 اصابات الروماتيزمية في اثناء هذا المرض أو بعد انتهائه كما وان التجارب
 قد دلت على ان كثيرا ما توجد الغايط قلبية مرضية عند المصابين بهذا المرض
 وكثيرا من هذه الانغاط وان كان متعلقة بالانبيسا واضطرابات عصبية وتعتبر
 الغايط الدموية الا ان عددا عظيمما منها ولا بدنا شيء عن آفات عضوية في
 الصمامات واضحة جدا بحيث لا يشك في عدم حصول روماتيزم مضاعف
 بالتهاب في الغشاء الباطني من القلب وزيادة عما ذكر بعد من اسباب الرقص
 السنثجى كل من التقليد والالتهالات النفسية سيما الفرع وتبرج القناة
 المعوية بواسطة الديدان وجلد عميرة والحمل ونحو ذلك ومن الواضح ان
 في كل حالة راهنة بعصرها لا وجود الارتباط السببي بين الرقص السنثجى
 وهذه المؤثرات التي كثيرا ما لا يكون لها أدنى ضرر في المصحة العامة
 وأما تأثير التقليد في احداث هذا المرض فيظهر ان ظهوره بكيفية منتشرة
 في المسكنات مما يوجب حصوله وأما تأثير الجل فالتى يدل عليه هو كثرة حصول
 الرقص السنثجى عند الحاملات الشابات ويندر ظهوره عند الحوامل قبل
 انتهاء الشهر الثاني كما يندر ظهوره عندهن في النصف الاخير من الحمل
 ومتى حصل هذا الرقص عند الحاملات فالغالب انه يستمر عندهن لزمـ^ن
 الوضع

في الاعراض والسير

الرقص السنثجى يتصف بحركات في المجموع العضلى الارادى ولا تفصل

بفعل الارادة لغير ارادة ولو كان الاله لا غير متحرك هذه الحركات
 تحصل اما في الوقت الذي لم ترد المرضي فاصل حركات ارادية فيه أو وهو
 الغالب في وقت ما يريد المرضي اجراء حركات ارادية وحيث انه في هذه الحالة
 الاخيرة الحركات الغير الارادية تضاعف الحركات الارادية فالحركة التي يريد
 المرضي اجراءها اما ان تتم بالكلية أو تحصل بكيفية غير تامة وغير منتظمة
 والاقبياضات العضلية الغير الارادية في هذا المرض تتميز بكثرة تنوعها
 واتحادها مع بعضها بحيث تكسب نوع انتظام عن الاقباضات العضلية
 الغير المتنوعة البسيطة لسكل من النوب الصرعية والاستيرية فان الأولى
 عند النظر اليها نظر اسطحي بدون دقة يمكن بسهولة عدم معرفتها والتحقيق
 منها دون الثانية وفي غالب الاحوال يتبدئ هذا المرض تدريجاً فيختفي
 مدة متفاوتة من الزمن وفي الحقيقة يرى ان الطفل تسقط بكثرة من يده
 الاشياء فنكسر وان جلوسه لا يكون في حالة هدوء ان كنا بته تصوير غير جيدة
 عما كانت اوانه عند الدق على آلة الياقوت يخطئ بكثرة فينهر او يعاقب على
 ذلك حتى يتيقظ لنفسه والطفل مع ذلك لا يعلم ما به فيصير مكدر اسي الخلق
 والاضطراب العضلي يزداد ويتضح شيئاً فشيئاً فنصير الحركة غير منتظمة
 بحيث ان الطفل يتعصر عليه مسك الكوبة مثلاً ويشك نفسه بالشوكة
 ويبتدئ في انقلاب المعجنة وكثيراً ما تنفص دفعه حالة الطفل المرضية لا قاربه
 بدون تغير ظاهر فيها ومن النادر ظهور هذا المرض بسرعة بحيث تنفص من
 الابتداء الاله ارض الواصفة للرقص السنن جي في الدور الاخيرة منه

وعندما يكون هذا الرقص تام الوضوح تتعاقب الحركات العضلية
 المختلفة مع بعضها بكيفية متنوعة وغير منتظمة بحيث يعتبر من الصائب
 تسمية هذا المرض باختلاج المجموع العضلي فالواجب تتقارب من بعضها
 بسرعة ثم تتباعد عن بعضها بسرعة أيضاً والاضطراب يتعاقب انطباقها
 وانفتاحها بسرعة عظيمة اوانها تسكس برهة من الزمن والاعين تتحرك
 حركة دورانية والفم يصير مديباً أو منكشاً أو ينفتح بسرعة أو ينغلق
 وينقبض بصفة الضحك تارة وتارة بصفة البكاء وينفث اللسان من الفم
 بسرعة ويلتوى الرأس فتارة يندفع الى الامام وتارة الى الخلف أو الى احدى

الجهتين وترقع الاكشاف تارة وتارة تنخفض والاطراف العليا تفعل
 حركات مقلاعية ويتعاقب انقباض المرفقين واليدين والاصابع مع
 انقباضها وانكبابها وتقاربها مع تباعدها وتساهد في الاطراف السفلى
 حركات تشابه حركات الاطراف العليا انما تكون اقل شدة منها وكذا
 تشترك عضلات الجذع في اضطراب الحركة بحيث ان العمود الفقري يغني
 تارة الى الامام وتارة الى الخلف وتارة اخرى الى احدى الجهتين وان كان
 المريض مضطجعا في فراشه شوه دارنفاعه فجأة الى اعلى وانقضاءه من
 الفراش وعند ما يكون هذا المرض شديد الدرجة لا يكون للمرضى قدرة على
 الجلوس في فراشها بل انها تنزلق على الارض واضطراب الحركة يزداد جدا
 عند ما تكون الارض متيقظة لانفسها أو تعلم بأنها ملاحظة من غيرها
 وقد يكون هذا الاضطراب في احدى الجهتين أسه من الجهة الاخرى
 اوقاصر اعلى الاطراف فقط ويندر اشتراك عضلات الخنجر أو عضلات
 التنفس في هذا الاضطراب وأما عضلات البلعوم والعواصر فلا تنترك
 في ذلك قاطبة ويعسر على المرضى النوم بسبب استمرار الحركة لكن متى
 أمكن ذلك زال اضطراب الحركة بالسكينة وتوجد بعض استثناءات من هذه
 القاعدة تنسب للاحلام التي موضوعها الحركات

وتسكاد تضطرب جميع الحركات ما عدا التنفس والازدراء بواسطة
 الاضطراب العضلي لهذه المرض ويصير التكلم غير واضح فانه يطرأ على
 الحركات الارادية للسان والشفقتين حركات أخرى غير ارادية وعند الاكل
 تنزلق الشوكة مثلا وتغمر من امام الفم وينكب الماء من الكوبه وقت
 الشرب بحيث كثيرا ما يلجئ الحال لتغذية المرضى بيد أجنبية وبعضهم
 لا يكون له قدرة على مديه والمصاحفة بها الا بعسر ومسقة وبعضهم لا يكون له
 قدرة على خاغ ملابسه ولبسها وأما الاشغال اليدوية الدقيقة فلا تبسر اجراؤها
 بالسكينة ولو في الاحوال الخفيفة من هذا الداء وكذا في اثناء المشي ان أمكن
 لا تصل الارجل لسطح الارض الا بعسر وجميع الجسم يكون مضطربا بحركات
 غير ارادية فيكون مشي هؤلاء المرضى ذا وصف مخصوص
 وباقي الوظائف والحالة العامة لا تضطرب الا قليلا وكون خلق هؤلاء المرضى

في حالة تغير وتكدر أمر مدرك متى علمنا أنهم قد مكثوا ليلة سابع بدون الحكم بالادارة على حركاتهم وأنهم يكونون معذيين من عدم اجراء الحركة المقصودة بالارادة عندهم

ولا يندران تكون هيئة المرضى بهيمية أو مماثلة لحالة البله وذلك لان نهجتهم لا تكون بنسبة الحالة الانسانية الوقتية ولا يفصحون عن موضوع افكارهم وتكون مع ذلك الوظائف العقلية غير مضطربة لكن يظهر انه مع طول مدة المرض يحصل تكدر في القوة الحركية وتظهر اضطرابات عقلية أخرى وقد تشتكي المرضى بألم في الرأس والظهر لكن ذلك ليس على الدوام والتعب العضلي وان فقد بالكلية عند استمرار الحركة الا ان المفاصل المتحركة والمتوترة على الدوام تنتفخ احيانا فتصير موية ولم توجد حتى مالم نكن هناك مضاعفة ومع ذلك فالبعض يكون دائما سريعا وكل من الشهية والمضم والافرازات لا يظهر فيه تغيرات قارة لكن عند استمرار هذا المرض زمانا وبلا يحصل تغير في التغذية العامة بحيث انها تصير انيمياوية وتقع في حالة نفاقة

ثم ان سير الرقص السنت جي بطيء فانه يندرا انتهاء هذا المرض قبل الاسبوع السادس أو الثامن بل كثيرا ما يمتد نحو الثلاثة اشهر أو اربعة وفي بعض الاحوال النادرة قد يصير اعتيادا بحيث يستمر طول الحياة ويساهدي اثناء سيره اما ثوران أو انخفاط أو انه يأخذ في التزايد تدريجا الى ان يصل الى اقصى درجة ويستمر على ذلك مدة من الزمن ثم يأخذ في الانخفاط تدريجا أيضا واكثر انتهائه يا شفاء وأما الاحوال التي فيها يصير اعتيادا فانها تعد من النواذر والغالب انه يستمر في بعض الحركات آثار من هذا المرض ولو بعد انطفائه ومبيل للنكسات وكذا الانتهاء بتغير مستمر في الوظائف العقلية بعد من النواذر والموت لا يحصل الا عقب حصول بعض مضاعفات ومع ذلك فشوهت احوال فيها الموت من نفس هذا المرض وفي مثل هذه الاحوال يصل الانتعاضات العقلية الى اشد الدرجات في العنق ثم تحصل اليكوما وفيها تم لك المرضى

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الدببية للرقص السنت جي فلا يمكن اتمام ما نستدعيه على الدوام

حيث اننا كثيرا ما نجعل حقيقة الاسباب التي ينتج عنها هذا المرض في
 الاحوال التي فيها يكون قد سبق هذا المرض علامات الايبس أو الايدريشيا
 ينبغي استعمال احدى المركبات الحديدية العديدة المذووجة في هذا الداء
 (وأما كون كبريتات الحديد من خمس قحعات الى عشرة أعني من ثلاثة
 سنجرام الى خمسة أو ايدروسيمات الحديد من قحعتين الى ثلاثة أعني من
 واحد الى ١٥ سنجرام المذووجة بكثرة في هذا المرض بفضلان عن غيرها
 من المركبات الحديدية فهذا امر لا يقطع الحكم به) ومثل استعمال المركبات
 الحديدية في الرقص السنتجى عند الأشخاص الالين ما و بين تستعمل كذلك
 الحمامات الكبرى بتيمة الحارة وصفصافات الصودا لاسيما عند من كان منهم
 مصابا من قبل بافات روماتيزمية وفي الاحوال التي فيها يتحقق من وجود
 ديدان مرموية ينبغي ابتداء المعالجة باعطاء السنونين أو غيره من الجواهر
 الطاردة للدود وفي الاحوال التي يكون قد نشأ فيها هذا الداء بطريق
 الانسكاس مع استمرار تأثير السبب المهيج كالتسنين الثاني أو اضطراب
 الهضم أو إصابة في الاعضاء التناسلية أو استعمال السمحاق أو جلد عميرة
 ينبغي ولا بد تبعيد مثل هذه الاسباب أو معالجتها بما تقتضيه الصناعة
 وأما الجواهر الدوائية التي تستعمل بقصد اتمام ما تستدعيه معالجة المرض
 نفسه فعدد ها عظيم لكن حيث كان هذا المرض ينتهي من نفسه في ظرف
 ستة اسابيع أو ثمانية ولا يمكن ازالته قبل هذه المدة يعطى اى جوهر
 دوائى من المسكوك فيه حيث نذ في كل حالة راھنة ان كان المرض زال زوالا
 ذاتيا أو بتأثير استعمال احدى تلك الجواهر الدوائية المستمرة تعاطيه مدة
 الستة اسابيع الاخيرة ومن حظ المرضى كون معظم الجواهر الدوائية
 المذووجة في هذا المرض ليست مضره متى استعملت مع الاحتراس وهذا
 يقال على الخصوص بالنسبة للاسحقضارات الحارصينية لاسيما أو كسيد
 الحارصين الذي يمكن اعطاؤه بمقدار أخفى انترزايد الى ٧٥ سنجرام بل
 والى جرام وهناك وسائل علاجية اقوى تأثيرا فسيولوجيا ومع ذلك
 فليست اقوى نجاحا من أو كسيد الحارصين وهي كبريتات الحارصين

ووالريانات الزنك وكبريتات النوشادر والنحاس وتترات الفضة وبرومور
البوتاسيوم وكبريتات الانلين والايريزين وأما استعمال الزرنيخ فبني على
مدح الشهير رومبرغ له والايصابه فانه أفضل من غيره من جواهر هذه الرتبة
فني اريد استعمال هذا الجوهر الذوائى المعدنى فالأفضل استعمال محلول
فولابر (من ٣ نقط الى ٥ ثلاث مرات فى النهار) عند الاطفال ومن
٨ الى ١٢ عند البالغين فانه أفضل من غيره من الاستحضارات الزرنيفية
وفى الاحوال المستعصية ينبغى ولا بد استعمال السكر بانيه (مانيسلاط
التيار الكهربي) المستمر على النخاع الشوكى والاعصاب الدائرية بل والعظيم
السمي (اتوى) فان تأثيره الجيد مدحه كثير من الاطباء المنهتة بالامراض
العصبية

وأما المخدرات فانها ليست غير ناجحة فى معالجة الرقص السنتجى فقط بل
لا تحم لها غالباً الاطفال بحيث اذا أوصى الطبيب باعطاء بعض قمعات من
مسحوق دوثير أو مقدار من المورفين فى الماء بقصد احداث هذه وسكون
الطفل ندم على ذلك فى صبيحة اليوم التالى وكذا الاستريكتين ولو مدحه
الشهير تروسو فلم يتبعه أحد من الاطباء الالمانيين فى استعماله

وفى الاحوال التى فيها يكون العمود الفقرى ذا حساسية متزايدة عند الضغط
ينبغى ارسال بعض هلق أو استعمال بعض محاجم تشريطية على جانبي العمود
الفقرى أو القسفا وبعب ذلك باستعمال بعض المصرفات ومع ذلك ينبغى
تجنب احداث تشوه فى عنق البغات الشابات بواسطة استعمال علاجات
تخلفها اثر التخامية كما وانه ينبغى تجنب استعمال اللك بمرهم الطرطير المقيء
وأما التشلشل البارد على الظهر الذى هو اقوى الوسائط المحولة على الجلد
فيظهر انه اعقب بنجاح فى اغلب الاحوال وبتناقل عظيم فى الممرض فى
احوال اخرى

وأما استعمال الحمامات الفاترة لاسيما المضاف لها كبريتات البوتاسيوم
(من ٥٠ الى ١٥٠ جرام على كل حمام) فمدحه الطبيب بادلوك بكثرة
وانتشر استعمال هذه الطريقة فى فرانسا ولتدكر من الجواهر الذوائية
المسكنة فى الاحوال الشديدة من هذا المرض استعمال السكلور وفورم

وينبغي تكرار المشاهدات وباستعمال الاستنشافات السكورية وفورية مرارا
مع الانتظام مدة من الزمن بدون أن تصل الى درجة احداث المخدرات حتى
يتأكد لنا ان كان لهذه الواسطة قدرة على تنقيص مدة المرض ام لا وأما الربط
القهرى بواسطة الاربطة أو الوسائط الاخرى كما وصى به بعض اطباء
في الزمن الاخير فينبغي تجربته والحكم عليه قبل استعماله كطريقة عامة
منشرة وفي اثناء النعاقه ينبغي تقوية الاحساسات الادوية عند الاطفال
مع الاستمرار حتى يعتادوا على مقاومة الحركات الغير الارادية بقوة
الارادة وفعلها

* (المبحث الثاني في الصرع) *

* كيفية الظهور والاسباب *

الصرع لا يمكن اعتباره مثل الرقص السنجي والتيتنوس مرضا عصبيا
في الاعضاء المحركة فان فقد كل من الحس والادراك ضروري كالشلل
حتى تتم النوبة الصرعية فالنوبة تكون غير تامة متى فقدت احدى تلك
الظواهر في كل نوبة صرعية

ثم انه يمكننا ان نعتبر من الامور المثبوتة ان تهيج الاعصاب المحركة الذي يظهر
على هيئة الانسجبات يكون متساؤه الفخاع المستطيل والاجزاء القاعدية من
الدماغ والذي يثبت ذلك الامور الالية وهي اولاً انقطاع وظائف الفصين
السكرين العظيمين في اثناء مدة التشنجات ويظهر بعينها عن العقل ان
النصفين السكرين يكون فيهما قابلية لا عطاء التنبيه المحرك في اثناء
ما تكون فيهما قابلية تنبيه العقدة والالياف العصبية الاخرى منقطعة ونانيا
انه يمكن احداث تشنجات مماثلة للتشنجات الصرعية باحداث تهيج مستمر
في قاعدة الدماغ بواسطة التيار الكهربي ولا يمكن احداثها بتهيج عمائل
لذلك في باقي اجزاء الفصين السكرين وثانيا بما اثبتته التجارب المتكررة
ذكرها الكل من كوسمول وتينار انه يمكن احداث تشنجات مشابهة بالكلية
للتشنجات الصرعية عند الحيوانات ولو بعد استئصال احد الفصين السكرين
وبالجملة فان الطبيب شرودر قد وجد في جثة المالكين بالصرع بعد استمرار
هذا المرض زمنا كبيرا او قليلا زيادة عن التغيرات الغير القارئة تعدد

الاوعية الشريانية الشعرية للنفخ المستطيل ونحن في جدد تلك الاوعية
 الشعرية والحالة المرضية للنفخ المستطيل التي فيما يصل التميع الشديد
 للاعصاب المحركة الناشئة من باطن هذا العضو اشارة فيه التي نسميها على
 وجه الاختصار بالحالة التهيجية تنبع بلا شك عن مؤثرات عديدة فان تجارب
 كل من كوبر و ~~كوسهول~~ وتينار وان دلت على انه يمكن احداث نوب
 صرعية بحجز الدم الشرياني من وصوله للدماغ لكن هذه التجارب لا تثبت ان
 الانبياء الشريانية للدماغ هي السبب الوحيد في التشنجات الصرعية وذهب
 شرودر الى انه يجوز ان تقول بان تلك التشنجات الصرعية تتعلق في الغالب
 بازدياد في توارد الدم الشرياني نحو النفخ المستطيل ولا شك انه قد تحصل
 حالة تمييع مرضي في النفخ المستطيل بدون ازدياد الدم فيه أو تناسقه تكون
 كافية في احداث التشنجات الصرعية وهذه الحالة تنشأ عن وجود عناصر
 غير طبيعية عضوية أو عن وجود جواهر غريبة في الدم كما انه يجوز القول
 بان النفخ المستطيل قد تعثر به حالة تهيجية مرضية باقتعال تمييع غير طبيعي
 من صفر بعيد عنه مركزيا كان أو دائريا اذ انه من الثابت في بعض الاحوال
 ان اعادة ان كلام الاورام العصبية والاندب الاتهامية أو الاورام الاخرى
 قد تحدث الصرع بضغطها على بعض الفروع العصبية الدائرية وان هذا
 المرض يزول بعد زوال هذه الاحوال المرضية أو قطع الاعصاب المؤثرة
 فيها كما ان بعض الاورام الدماغية وغيرها من امراض هذا العضو
 وامراض النفخ الشوكي يكسبها احداث النوب الصرعية بالامتداد
 البطيء التدريجي للتميع المرضي الى النفخ المستطيل وهذه النظريات
 يرتكن فيها الى تجارب مهمة مفعولة في هذا العصر الاخير من العلم ونسكار
 في السكلاب التي جرح فيها النفخ الشوكي وظهرت فيها نوب صرعية
 لا بعد جرح هذا العضو حالا بل بزمان ما وبالجملة فن الثابت ان الحالة
 المرضية للنفخ المستطيل الناتج عنها النوب الصرعية قد توجد بكثرة في
 الحالة الخلقية غير الطبيعية والوراثية

ومن الامور العسرة التوجيه انه لا يشاهد في الصرع احوال تهيجية مرضية
 مستمرة في الاعصاب المحركة بل ذلك يظهر بكيفية دورية تكون منفصلة

عن بعضهم بافتراءات طويلة جدا وهل يجوز توجيه تلك الظاهرة بكون
النخاع المستطيل تعتريه تلك الحالة التهيجية زمنائز منأ ذلك يؤيد الرأي
القائل بان التشنج الوقي في الطبقة العضلية الوعائية والانياس الشريانية
الناجمة من ذلك تعتبر سببا للنوبة الصرعية أو ان نهم الدم وتعيج اورام بعيدة
من النخاع المستطيل أو غيرهما من الاسباب المتعلقة بها الصرع باحداها
هذا التشنج العصبي الوعائي تؤدي احيانا الى حصول النوبة الصرعية
أو هل يجوز لنا كما قاله شرودر اعتبار الحشاي العصبية للنخاع المستطيل
شبيهة بزجاجة (ليدا) والجهاز الكهربي باقى لبعض الاممك أو ان النوبة
الصرعية تشابه حينئذ الحرارة الكهربائية المندفقة من تلك الزجاجات
أو استفراغ الجهاز الكهربي لتلك الاممك أو ان الاحالة العصبية
في اثناء الفترات تشخص شيئا فشيئا بانتيار الكهربي حتى يحصل استفراغ
جديد أو ان النخاع المستطيل تعتريه حالة تهيجية مرضية مستمرة لكنها
تحتاج لارتقاء وقي فيها بهيجات جديدة وقيية تنقل اليه من اجزاء بعيدة
عنه كالدماع والنخاع الشوكي أو الاعصاب الدائرية أو الاعصاب الحشوية
حتى تحصل النوبة الصرعية كل ذلك ليس عندنا فيه الى الآن معرفة حقيقية
ولا يجوز لنا ذكر توجيهات أخرى زيادة عن النظريات السابق ذكرها

ومن الامور غير القابلة للتوجيه كما ذكرناه المضاعفة الملائمة لتلك الاحوال
التهيجية في النخاع المستطيل بحالة شللية في النصفين الكريين العظمين
وقد اعتبر بعضهم فقد الاحساس والادراك حالة تابعة ناشئة عن التشنج
وذكر بعض اطباء انهما متعلقة باحتقان احتباسي وريدي في الدماغ
ينشأ عن انضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات المنقبضة وقال آخرون
ان ذلك متعلق بانسهاان الدم بمحض الكريون الشائى عن الانقباض
التشنجي في المزمار وانسداد هذه النظريات لا يمكن القول بها وتنفي بان
انطفاة الادراك والاحساس بطرأ مع التشنج في آن واحد بل كثيرا
ما يسبقه وانه في بعض احوال الصرع الغير اتمام يكون هو العلامة الوحيدة
لنوبة الصرعية كما انه لا يعول على النظريات والتوجيه القائل به شرودر
وهو انه يحصل في النوبة الصرعية مع تشنج الاعصاب الدماغية الشوكية

تنتج في الاعصاب الوعائية لهذا العضو بواسطة اخلية العقد العصبية
 للتخاع المستطيل وبذلك تحصل انيميا شريانية وشال في الدماغ وهذا ينفي
 أيضا نظريات المعلم هنري القائل بشكل احتقاني وشكل انماوي في الصرع
 وانه في الشكل الاول يحصل مع الاحتقان العظيم للنصفين الكريين المؤدي
 لشلل احتقان خفيف في التخاع المستطيل يؤدي لظواهر ترجحية خفيفة
 وفي الثاني اعني الشكل الانماوي يحصل امتلاء قليل للاوعية الدماغية
 محصورا بتسوار ددمي نحو التخاع المستطيل ودرجة عظيمة من الامتلاء
 الوعائي فيها قد حصل ظواهر ترجحية ولتخضر القول هنا أيضا ولا تعرض
 لذكر نظريات اخرى ونعترف بان الفعل المضاد للنصفين الكريين العظمين
 والجزاء الكائنة في قاعدة الدماغ عند حصول النوبة الصرعية امر منهم
 بالسلكية

وحيث لم يكن عندنا معرفة حقيقية بالنسبة لسكيفية ظهور الصرع فالتقاويم
 الطبية العديدة بالنسبة للاسباب المهمة لهذا المرض ليس لها الاهمية ثانوية
 فانسأ لانعرف سببها من الاسباب يمكنه مع التأكد احداث الصرع عند
 تأثيره على الجسم بل اننا نعرف ان جميع المؤثرات التي ذكرت في اسباب
 الصرع لا تكفي بانفرادها في اتاج هذا المرض وانما لا نحدثه الا اذا انضم
 لها سبب آخر مجهول علينا

وقد استنتج من التقاويم الطبية ان الصرع مرض كثير الحصول جدا
 بحيث يضاب به نحو الستة في الالف والنساء اكثر اصابته عن الرجال
 ولا يوجد طور من اطوار الحياة مصان عن الاصابة بهذا المرض ومع ذلك
 فاكثراحوال الاصابة به تقع فيما بين السنة العاشرة الى العشرين من الحياة
 ثم من العشرين الى الثلاثين ويندر ان يحصل هذا المرض في سن
 الشيخوخة كما انه يندر حصوله حصولا خلقيا أوفى الاشهر الاول من الحياة
 والاستعداد الوراثي له اهمية عظيمة في حصوله فانه يوجد خصوصا عند
 المولودين من ابوين مصروعين ولا سيما من امهات مصابات به كما انه يشاهد
 عند انحصار كان يعتري ابوينهم امراض عقلية أو مدمنين على
 السكر وفي بعض العائلات يعتري هذا المرض جملة طبقات من نسلها

وقد لا تصاب أولى الطبقات بمعنى ان اولاد الاشخاص المصابة بالصرع لا تصاب بهذا المرض بل الذي يصاب به هو واحفادها والاشخاص المنهوكوالبنية والمدمنون على السكر او جلد عميرة اكثر مصابا به عن الاشخاص السليمي البنية اقويا ثما ومع ذلك فلا تكون مصانة بالكلية عنه

ويعد من الاسباب المنتمية لهذا المرض الانفعالات النفسية سيما الرعب الشديد والخوف ورؤية المصابين بهذا المرض في اكثر من ثلث الاحوال يطرأ لهذا المرض حال بعد الرعب الشديد

والتغيرات الجوهرية الكثيرة للجمجمة والدماغ طبقا لما ذكرناه كالانفعالات النفسية لاتحدث هذا المرض دائما بل عند وجود بعض امور مجهول توجيهها علينا كعدم انتظام شكل الجمجمة أو غوها الغير التام ونحن في جذرها أو تولدات عظمية فيها ونحن أو التصاق أو تعظم في الأمام الجافية وأورام الدماغ والبورات الدماغية والاستسقاء الدماغى المزمن وضامة الدماغ وأما تغيرات الغدة النخامية التي قال المعلم ويترل بوجودها على الدوام عند المصابين بالصرع فانما تفقد في غالب الاحوال

وأما التغيرات الجوهرية في النخاع الشوكي في جثة المالكين عقب الصرع فتادرة الوجود بالنسبة للتغيرات الجوهرية الدماغية ويحتمل ان هذا ناشئ من عدم البحث عن النخاع الشوكي بالذة مثل ما يفعل بالدماغ

وأما الاورام العصبية وغيرها من الاورام والندب الالتحامية التي يتسبب عنها حصول الصرع أحيانا عقب ضغطها على بعض الاعصاب الدائرية فقد سبق ذكرها وبكيفية مماثلة لما ذكر يمكن ان الاحوال التهيجية غير الطبيعية للاعصاب الحساسة التي تنشأ عن تأثير مهيجات شديدة على انتهائها الي اثار تفتد الصرع وعلى حسب كون المهيجات أثرت ابتداء على الاعصاب الصدرية أو الحضمية أو البولية أو التناسلية أو انتهات العصبية ميز للصرع عدة أشكال كالصرع القلبي والرئوي والبطني والكلوي والرجي لكن سهولة الوقوع في الخطأ عند نسبة الصرع الى مهيجات أثرت على الاعصاب المذكورة أمرين للغاية وانما الذي يقل الشك

فيه هو الصرع الرجى حيث اننا كثيرا ما شاهدنا انتقال الاستميريا الى الصرع كما اننا شاهدنا بعض النساء قديما بالصرع عند أول جماع والديدان المموية قد تحدث بلا شك في بعض الاحوال الصرع

في الاعراض والسير

الصرع مرض من دماغ بنوب تشنجية معطوبة به فقد في الادراك متباعدة عن بعضها بفترات خالية كثيرة الطول جدا أحيانا وقد الادراك مدة النوبة يترتب عليه فقد الاحساس والحركات الارادية بالكلية وفي الصرع غير التام المسمى عند الفرنسيين بداء الصرع الصغير فقد التشنجات عادة مدة النوبة أولا تكون واضحة الابداعات عضلية منفردة ولا يجوز اعتبار تلك النوب فوباصرية غير تامة الا في الاحوال التي فيها تكون تلك النوب غير التامة متعاقبة بنوب تامة أو ظهرت عقبها وكذا في الاحوال التي فيها يتقدم هذا المرض تسجيل النوب غير التامة الى نوب تامة شيئا فشيئا

ثم ان النوبة الصرعية تسبق عند بعض المرضى دائما أو غالبا بحالة تسمى بالحالة الجشارية أو الهوائية أو الريجية وسميت بذلك نظرا لاجساس المريض بنوع نسيم صرعى يسرى من الاطراف نحو الرأس ثم يستحيل الى النوبة الصرعية ومع ذلك فهذا الاحساس لا يشترك به الاقليل من المرضى بانه ظاهرة تسبق النوبة وأكثر من ذلك حصولا احساسات أخرى كالتململ والحركة والاحساس بتدبيس أو بالام مخصوصة تقشأ من اعضاء مختلفة من الجسم وتبعد نحو الدماغ وتكون سابقة للنوبة وهذه الاحساسات المختلفة تسمى ايضا بالاحساسات التسميمية الصرعية السابقة للصرع وفي احوال أخرى يكون ظهور النوبة الصرعية بدلا عن كونه مسبوقا بتلك الاضطرابات الحساسية مسبوقا بتشنج أو شلل موضعين وتلك الظواهر يعبر عنها أيضا بالحركات التسميمية الصرعية تميزا لها عن الاحساسات التسميمية السابقة وبالجملة فقد تكون الظواهر المرضية السابقة للنوبة الصرعية واضحة في الاعضاء الحسية كالهلوسة ورؤية الشرر والالوان المختلفة وطنين الاذنين والاحساس بلفظ او دوار أو احبايا بمرئيات عجيبية قبل حصول النوبة وهذا الشكل

الاخبر المعروف بالنسيم أو الحس الصرعى من الظواهر السابقة للنوبة
الصرعية لا يدل على ان الصرع ينبوعه مركزى بمعنى ان التغيرات المذكورة
في الدماغ هي التي أحدثت هذا المرض كما ان الظواهر المرضية السابقة
للنوبة الصرعية التي تحصل في الاطراف لا يستدل منها على ان الصرع
ينبوعه دائرى وهناك ظاهرة عجيبية وهو ان النوبة الصرعية
قد يستشعر بمحصولها من قبل فيتنجب وذلك متى أمكن هزل الجزء
المتبدى فيه النسيم الصرعى بواسطة رباط قوى موضوع أعلى هذا الجزء
وتجارب برونسكار المتقدمة ذكره اتدل على ان هذه الظاهرة لا يستدل منها
أيضا على ان ينبوع الصرع دائرى فإنه قد سوه في هذه التجارب عند
الكلاب التي صرعت بالصناعة بواسطة جرح الخناز الشوكى حصول
النوبة الصرعية في كل مرة عقب تهيج الجلد في محل توزيع فقرعات بعض
الاعصاب سيما العصب التوامى الثلاثى وفي مثل هذه الاحوال وان لم يمكن
معرفة كون النوبة الصرعية سبقت بالنسيم الصرعى أم لا الا ان تلك
التجارب يستنبط منها ولو في الاحوال التي فيها كل نوبة صرعية حصلت
بواسطة تهيج دائرى ان الصرع يمكن أن يكون ناتجا من تغير مدرك مادي
في جوهر الاعضاء المركبة

وأما النوبة الصرعية نغمها فانها تتبدى بصرع حاد سواء شقيقت بحالة
نسبية أو لم تشبق ومع ذلك يقع المريض على الارض فاقد الادراك ويكون
وقوفه على الظهر أو على احدى الجهتين ويكاد لا يكون عنده زمن كاف
لاختخاب محل جيلد وقوعه بل يقع بدون احتراس على محال خطيرة غالبا
كالمنذخن أو الاجسام الزاوية أو السلم فإنه قل أن توجد مرضى مصابة
بالصرع لا يوجد عندهم اثر اصابات جرحية عظيمة أو قليلة سيما عند استمرار
هذا المرض زمانا طويلا يظهر عند المرضى بعد تشقوطينهم عادة تشنجات
عضلية تبتنسية وبذلك تتمدد الاطراف وينجذب الرأس نحو الخلف
أو احد الجانبين وينطبق الفم وتنغلق الاعين مع حركات رجوية نحو
الاعلى والأسفل ويتيمس الصدر وتقف حركات التنفس وبعده قليل من
الدقائق التي في انتها آتتها تنتفخ الاوردة الودجية ويزرق الوجه نستحيل

الانقباضات التيتنوسية الى انقباضات أو حركات تشنجية وهذه الاخيرة
 تنتشر بسرعة على عموم الجسم فالعضلات التي كانت متقلصة متجمدة
 تضطرب بحركات شديدة سريعة فتجذب زوايتها القم على التساقب نحو
 الانسية والوحشية وكل من الجبهة والحاجبين يقع في حركات تشنجية وتنفج
 الاعين ثم تنغلق ويغذب الفك بقوة الى بعضهما ثم يجذبان الى اتجاهات
 مختلفة فيسمع صكك الاسنان ولا يندرك سر بعضها والعن على
 اللسان بل قد ينخلع الفك السفلي ويظهر زبد مدم ناشئ من حركات القم
 المستمرة ومن جرح اللسان وباطن الشدة ين ويغذب الرأس جهة اليمين
 واليسار والامام والخلف وبالنقباضات التشنجية عضلات الجذع يندفع
 الجسم لاتجاهات مختلفة ويحصل في الاطراف سيماءا العليا حركات قوية
 رافعة أو ضارية أو التوائية تشنجية قوية جدا بحيث يحصل أحيانا خلوع
 أو كسور فيها وتكون الإصابع عادة منقبضة والابهام منطبقة في باطن
 اليد بقوة وهذه الظاهرة الاخيرة تعتبر واصفة لهذا المرض عند العوام
 بدون حق وفي أثناء النوبة يظهر أحيانا ان الانقباضات التشنجية تطفئ
 شذتها وان النوبة آيلة للزوال لكن كثيرا ما يعقب هذا الانحطاط تناقل
 جديد فترتق الانقباضات التشنجية الى أشد درجتها كما وان الحالة
 التيتنوسية قد تطرأ في أثناء النوبة كظهورها في ابتداءها فنقف الحركات
 التشنجية برهة من الزمن وتكون حركات التنفس في أثناء النوبة في حالة
 اضطراب عظيم بسبب الانقباضات التيتنوسية والحركات التشنجية لعضلات
 التنفس وذلك لامتناع تمدد الصدر وانقباضه تمددا وانقباضا منتظما
 وضربات القلب تكون سريعة كما يحصل في غير ذلك من الحركات العضلية
 القوية والنبض يكون صغيرا غير منتظما أحيانا والجلد مغطى بعرق وكثيرا
 ما يحصل عند المرضى تبرؤا وتبول غير اراديين ويندرج حصول انصباب
 وانقذاف منوى والادرأ في أثناء النوبة التشنجية يكون مفقودا بالسكبة
 بحيث ان المريض ان وقع على مذخنة حامية جدا أو على النار لا يظهر أذى
 تألم ولا يعود لادراكه ولو وصل الحرق عنده لدرجة التفهم وأما حالة الحركات
 الانعكاسية في أثناء النوبة فقد اختلف فيها بعض الاراء ونعترف بأنه لا يمكننا

ملاحظة ذلك بالدقة في أثناء النوب الثقيلة وأما في أثناء النوب الخفيفة
وتناقص النوب الثقيلة والمخاططات فقد تأكد لنا طبقاً للمشاهدات روميبرج
استمرار الظواهر الانعكاسية فالمرضى يرمشون أعينهم عند ملازمة
المتحركة وينزعجون عند صب الماء البارد على وجوههم ومن الأمور العجيبة
العسرة التوجيه تكون ما شاهدته الطبيب هيرمن انطواء قابلية الانقباض
العضلي الكهر بائي للأطراف والجذع عند مريض في أثناء النوبة الصرعية
ثم بعد استمرار النوبة من دقيقة إلى عشر أو ربع ساعة أكثر ما هنالك
ولأن أهل المرضى تباعد في طول تلك المدة تنطفئ النوبة أما بالتدريج بان
تصير الحركات التشنجية ضعيفة شيئاً فشيئاً ثم تزول أو انها تنطفئ فجأة بحيث
أن الانقباضات التشنجية تعقب فجأة باسترخاء تام في جميع العضلات وكثيراً
ما تنتهي النوبة برفرفة تمديد طويل وبدرتهاؤها بالقوى أو التجشئ أو خروج
غازات من البطن أو التبرز

ومن النادر أن يعقب النوبة الصرعية القوية راحة تامة بل الغالب أن تقع
المرضى بعد النوبة في نوم عميق مع تنفس بطيء غير خري مالم تنبيه تنبيه اقويا
وعند انقضاء من النوم تنظر إلى ماحولها وهي في حالة تعجب متغيرة السحنة
ولم تعلم ما حصل لها وتستغرب من كونها في أودغير أودها أو انها طريحة في
الفرش وتميل بكثرة إلى تركها للنوم في الفراش وفي اليوم التالي ولو كان
لها قدرة على تعاطي أشغالها تكون في حالة اضطراب وكآبة وتحس
بفراغ في الرأس لكن تلك الآثار تزول في أثناء النهار

ثم انه يوجد خلاف السير السابق ذكره من النوبة الصرعية المعبر عنها
بالاعتيادية اختلافات عديدة وذلك بالنسبة لمدة النوبة وشدةها وانتشار
التشنجات وأهم من ذلك الاختلافات التي تعتبر أحوالاً تابعة لواسطية
للنوبة الصرعية فانه وإن كان الغالب أن المرضى يكون لها قدرة على تعاطي
أشغالها في اليوم التالي من النوبة تبقى عند آخرين من المرضى اما عقب
كل نوبة خصوصاً عقب النوبة الصرعية الشديدة المتكررة اضطرابات
عقلية واضطرابات عصبية مرضية مختلفة فالاولى تكون عبارة عن نوب
جنونية واضحة بحيث يلتجئ في كثير من الأحوال إلى أن نوضع المرضى في

فصان ضبط المجاذيب لاجل صبياتهم وصيانة ما حولهم من الاقارب بل
وفي بعض الاحوال يلجئ لارسالهم الى مارستان المجاذيب ولو في انشاء
الفترات وذلك للعلم بأن النوبة التالية تعقب بالجنون وفي احوال أخرى
تعقب النوبة بحالة تعرف بالجنون غير التام كما ميل للجري دائما وفي
غيرها يشاهد عندهم سوء أخلاق غير اعتيادي بحيث تقع في حالة غضب
شديد مثلا من أقل سبب وبالجملة فقد يشاهد ضعف في القوى العقلية
والذاكرة عقب كل نوبة يستمر بعض أيام ولندكر أن بعض المؤلّمين شاهد
أحوال المخالفة لذلك فيها به جد عند المرضى عقب كل نوبة حادة واضحة
في التعلل

وأما الاضطرابات العصبية المحركة فنسذكر منها الشلل الوقي أو المستمر
للأطراف وذلك يجوز توجيهه بانطفاء قابلية التنبيه العصبي عقب التبرج
العظيم للأعصاب كما ذكرنا ذلك سابقا وما عد ذلك فقد تعقب النوبة بانطفاء
الصوت أو تعذر الزرد أو ضيق في التنفس أو نحو ذلك

وأما الصرع غير التام فيتميز له خصوصيات عند الأطباء الفرنسيين
شكلا آن وذلك بحسب كون فقد الإدراك مصحوبا بتشنجات خفيفة
أو فقد هبال كلية ففي الشكل الأول المصروف بالداء الصغير الصرعى
يحصل للريض في انشاء اشتغاله أو تكلمه دوار عظيم لكن يكون عنده
زمن كاف في الجلموس أو انه يقع يبطء على الأرض بدون صرخ ويكون
وجهه باهتا وأعينه ثابتة وتحصل بعض انقباضات عضلية في الوجه
والأطراف سيما العليا فانه تكون في حالة ارتعاش خفيف وعماقليل من
الزمن يعود المريض الى حالته وكثيرا ما يلفظ بأشياء غير معقولة
الى أن يزول هذا الاضطراب بعد ثلاث دقائق أو أربع بدون أن يعقب
ذلك بحالة كوماوية فيمكن الرجوع لاشتغاله وأما الشكل الثاني الاخف
من السابق المصروف بالدوار الصرعى ففيه لا يقع المريض بل يتكدر
الإدراك فقط ويظلم البصر وتصير العين ثابتة وينتقع الوجه ولا يحصل
ارتعاش في يديه غير انه يسقط ما بهما ويقف تكلمه بعد قليل من انشوائى
رول النوبة فيستمر المريض على ما كان عليه من الشغل كأن لم يكن بشئ
أو يتم ادى في كلامه

ومن المعلوم أنه توجد أشكال عديدة بين الصرع التام (أى الداء العظيم)
والصرع غير التام (أى الداء الصرعى الصغير) والدوار الصرعى كما أن هذه
الأشكال قد تتعاقب فى مريض واحد ولا تعرض لشرحها إلا طائفاً فى ذلك
ولا يسهل شرح هذا المرض على العموم وحالة المرضى فى أثناء الفترات
مع الإيجاز

وقد ذكرنا فيما تقدم أن الصرع مرض من مرضين فىنبغى على ذلك أن الاحوال
التي فيها لا تعقب النوبة الاولى الصرعية بنوبة ثانية مع طول الزمن لا
تعتبر أحوالاً صرعية بل أحوالاً كلامية أى تشعبية وهى شكل مرضى
لا يتميز عن الصرع إلا بسيره الحاد والفترات التي فيها تتعاقب النوب مع
بعضها فتختلف باختلاف الأشخاص فتفقد عند بعض المرضى نحو سنة
أو جله سنين وعند كثير منهم نحو أشهر أو أسابيع قبل أن تظهر النوبة الجديدة
وهناك مرضى يحصل لهم نوبة صرعية كل يوم مرة أو جله مرات وعلى
العموم تكون الفترات السكينة بين النوب مشابهة لبعضها فربما عند
أشخاص الواحد ولو أن النوب فى أثناء سير هذا المرض تقرب من بعضها
شياً فشيئاً سيما عند الشبان ولم يشاهد طرز غير منتظم بالسكينة فى تعاقب
النوب مطلقاً ولو وقتياً وانما يشاهد عند النساء حينما ناطرز منتظم متى كان
حصول النوب فى أثناء الطمث فقط وتظهر النوب عند بعض الأشخاص
فى أثناء النهار وعند آخرين فى أثناء الليل والصرع الليلي يعتبر كثير الخبث
والاستعصاء وفى غالب الأحوال لا يمكن معرفة الأسباب الممتعة المحسنة
لنوب ومع ذلك تحصل زيادة عن النوب الماروفة بالذاتية نوب تنبع بالأسك
عن الانفعالات النفسية لاسيما الغزع وجد عيرة والجماع والطمث كما
ذكرناه وقد بعلم من تغير خلق المرض وتشكيه بالآلم وتهل الأطراف والرأس
والدوار أن النوبة قريبة الحصول وفى أثناء هذا المرض تكون النوبة
الصرعية غالباً تامة وعند تقدم سيره لاسيما فى الأشكال المستعصية منه
تحصل نوب غير تامة أيضاً ويندر أن تكون النوب فى ابتداء المرض غير تامة
ثم ترتقى شيئاً فشيئاً بتقدم سيره إلى أن نصير تامة بالسكينة وكما أن لنوب
الصرعية تودى فى بعض الأحوال لاضطرابات عقلية وقتية كذلك يظهر

بكثرة في أثناء سير انصرع المستطيل المدة اضطرابات عقلية تامة غير قابلة
للشفاء وهي الاشكال الجنونية من الصرع أو البله ونحو ذلك وبقطع النظر
عن العدد العظيم من المصابين بالصرع الذين تنتهي حياتهم في مارستان
المجانبي يكاد يشاهد عند جميع المصابين بهذا المرض الذي اعتبرته
الاقدمون حالة ناجحة عن غضب الهتهم تغير الحالة الطبيعية الجسمية
والروحية في مدة القوة الحساسة تزول والقوة المذكورة والمخيلة تنقص شيئاً
فشيئاً وتفقد التصورات الصحية العقلية ويحل محلها تصورات
وحشية كاشرة في الشهوات والمطعومات وهذا لا يندران بحمل المريض
على افعال شنيعة جنائية وكثيرا ما تمنع المرضى انفسهم رؤية الانسان
وتكتسب سوء خلق مخصوص معذبين اما حولهم من الاقارب ويقعون
في حالة غضب مفرغ من اقل سبب وكثيرا ما تتغير كذلك هيئتهم الظاهرة
عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا فقد ذكر اسيرول ان تقاطيع سخنة
المرورعين تصير شنيعة وتنتفخ الحواجب والشفتان وابصارهم
يصير غبر حاد وجسيمهم يقدر شاقته وقال ان هذا المرض يصير الوجه
الحسن بشما

وأما انتهاء آت الصرع فاندرها الانتهاء بالشفاء ولو خالف في ذلك بعض
المؤلفين وكما كان الصرع ناجعا عن استمداد ورائي واضح أو متعلقا
باضطرابات جوهرية ثقيلة في الدماغ واستطالت مدته وكانت نوبته شديدة
وكثر زندها وكان التأثير الذي يخلفها في البنية ثقيلًا كان العشم بالشفاء
قليلًا ويظهر ان هذا الانتهاء عند النساء أكثر منه في الرجال كما انه يكثر
في الاطفال والشيوخ دون الاشخاص المتوسلين في السن ويذهب
الاحتراس من العشم بالشفاء عند تأخير حصول النوبة زمنا طويلا
فانه من النادر ان ينطفي هذا المرض مرة واحدة بنوبة شديدة
والذي يزيد العشم بحصول الشفاء هو ندرة النوب وضعفها شيئاً نسبياً
ويشاهد تغير واضح جيد في الحالة الجسمية والعقلية للمريض وقد تزول
النوب زوالا قريبا عند بعض النساء لاجتماع مادم في حالة الحمل
كما انه يكاد يشاهد على الدوام حصول قتره في أثناء سير الامراض الحادة

الحمية وقد شوهد في بعض الاحوال شفاء تام عقب طروأ مرض حادة
أو عقب ظهور الحيض أو زواله أو زوال الانفعالات النفسانية الشديدة
وقد يشاهد عين هذا التأثير عقب ظهور بعض الطفحات وانفتاح بعض
القرح ثانية

والمرضى المصابون بالصرع وان ندرشفائهم وكما انوا لا يعمر ون غالباً
يندرهلا كهم في اثناء النوبة الصرعية عقب هوق النفس أو عقب انسكاب
دموى في الدماغ أو في اثناء الحالة الكوماوية التي تعقب النوبة أو عقب
الشلل العموي والغالب ان يكون هلا كهم عقب تقدم الآفة الدماغية
التي ينتج عنها الصرع أو عقب الجروح التي حدثت عندهم في اثناء النوبة
ولا سيما عقب امراض مزمنة ليس بينها وبين الصرع ادى ارتباط وسند كر
الفرق بين التشنجات الصرعية والتشنجات الاستيرية عند الكلام على
الاستيريا ولا يمكن طبقة الاعتقادنا جعل حد واضح بين الكلام بسيا
والصرع فان التشنجات التي تحصل في الاحوال المستطيلة من التسمم البولي
يعتبرها بعضهم متعلقة بالكلام بسيا والبعض الآخر بالصرع

ويسهل معرفة التصنع بهذا المرض عند الاشخاص المتصنعين له فان فقد
الاحساس وان موهوه بتصنعهم لا ينبغي التصور ان مثل هؤلاء الايخصاص
يقاوصون مخنتهم عند قرصهم أو عرقهم أو وخرهم لكن من البادر
عدم تأثرهم متى كان الاحساس شديداً وأثر فيهم بكيفية غير معالومة
لهم وإذا ان نصيحة الطبيب (وانسون) بأمره على رؤس الاشهاد
للنوطين بخدمة المرضى عصب ماء ساخن جداً على ارجل الشخص
المتصنع بهذا ان كان امر الخدمة مرابصب ماء بارد تعتبر فكرة جيدة
عقلية وجبىع الاشخاص المتصنعين للصرع يكادون يطيلون النوبة جداً
كما انهم يجتهدون في احداث بعض الظواهر المعتمدة واصفة لهذا المرض
كما تطابق الابهام في راحة اليد وحالة اللعاب الى زبد وطرده من الفم
ومما يوقظ الشبهة بالتصنع كون الشخص المتشكى بالصرع من منذ زمن
طويل لا يكون معه آثار جرحية في الجسم أو اللسان وكثيرا ما يعرف تصنع
الصرع بالوصف الغير الحقيقي للتسمم الصرعى الذي كثيرا ما يدخله

بعض الأشخاص في تصنعهم لاعتقادهم أنه ظاهرة سابقة على الدوام
لأنوبة الصرعية فإن وصفهم لذلك كثير ما يكون شاملا لقول عجيبية ومن
العلامات الأكيدة أنه على حقيقة النوبة الصرعية تمتد الحدة الذي
يستمر ولومع تعرض المقلعة لضوء شديد فلا يمكن المتصنع أحداث تلك الظاهرة
بلاصة ناعمة مطلقا

المعالجة

أما الوسائل العلاجية الواقية من هذا المرض فمن أهمها ما روى به الشهير
(رومبيرج) وهو منع التزويج بالأقارب من عائلة فيها يكون الصرع وزائدا
وأنه لا ينبغي للأُم المصيرة عدة أرضاع طفلها بل يصير أَرْضَاعُهُ من مرضعة
سليمة البنية

وأما اتسام الدلالات العلاجية السببية في هذا المرض فتستدل بأنه يقطع النظر
عن الاحوال التي فيها لا يمكن الاستدلال من تاريخ المرض على معرفة
الامور المتسبب عنها لا يعلم في الاحوال التي فيها يكون تاريخ حصول هذا
المرض واضحا إلا بعض امور سببية غير مهمة وفيها لا يكثر زوال الصرع
عقب تباعدها وفي غالب الاحوال يستمر الصرع الذي يتبع بلا شك عن
حيوانات طفيلية في المعاء أو أورام عصبية ولو بعد طردها أو استئصال الورم
العصبي كما وان الصرع الذي يكون قد طرأ عقب رعب شديد وجزع يكاد
يستمر دائما ولومع حفظ المريض من تأثير فزع آخر ومع ذلك فهو ما من الرجاء
في النجاح لا تمتنع في معالجة الصرع من اعتبار الامور التي ينشأ عنها مهما
كانت واهية وقليلة الاعتبار فان تجارب قد دلت على ان المعالجة
بهذه الكيفية قد تعقب بالنجاح ولو في احوال قليلة فانه مع قلة التأكد
من تأثير الوسائل العلاجية الموصى بها في الصرع يكون لهذه الاحوال
الاستثنائية أهمية عظيمة فمن الواجب على الطبيب حينئذ متى تصدى
للمعالجة مضروع معالجة الاحوال العصبية الظاهرة عند المريض قبل
استعمال الوسائل العلاجية النوعية بان ينظم معيشته وحالته الصحية
الجسمية وبان يبعد عن جميع الامور ولو الواهية التي يمكن ان تكون معينة
على حصول الصرع فمن هذا القبيل منع المرضى عن تعاطي المقمر وبان

الروحانية والمنهيات كالقهوة والشاي وكذا الاشغال العقلية والجسمية
 الشاقة وايضا هم باشغال جسمية أو عقلية لطيفة وذلك لان الاستعداد
 لهذا المرض يكثر عند الأشخاص الضعفاء المهووسين دون الأقوياء
 السليمين البنية والاطفال المصابون بالصرع لا ينبغي مكثهم في المدارس
 جملة من الساعات بل ينبغي ارسالهم الى الحدائق والعيشة فيها ان امكن
 والانتزاع للرياضة في الهواء المطلق جملة من الساعات وتسهل الحمامات
 الباردة مع غاية الملاحظة كما انه ينبغي ملاحظة المرضى بالدقة ومنعهم من
 الافراط في الجماع ومن جلد عميرة ومن تعاطى المشروبات الروحية وعند
 احداث احدي تلك الموبقات ينبغي منعهم عنها بغاية الاكرام والجبر وان
 وجد عند المرضى علامات الانيميا والايدييميا ينبغي مع الاغذية المقوية
 والمكث في الهواء المطلق استعمال البذر والماركمات الحديدية وان كانت
 قلة الدم أو ما تبينه متعلقة بسوء قنية خنازيرية أو راشنية أو زهرية ثلاثية
 ينبغي استعمال معالجة لا نفة بذلك وعند الظن بوجود امتلاء دموى ينبغي
 استعمال تدبير غذائي لطيف أكثره نباتي ونؤمر المرضى بشرب المياه
 العذبة مع الرياضة لطيفة وينبغي تجنب استعمال الاستفرغات الدموية
 العمادة فان المصابين بالصرع ولو وجد عندهم تحمل عظيم لا غلب
 الجواهر الدوائية سيما المهوعات وخلافها لا يقبلون الاستفرغات
 الدموية

وعند وجود اثر ندية دائرية أو اجسام غريبة أو أورام ينتج عنها ضغط
 أو أورام عصبية فلا بد من استعمال طرق جراحية وهذا يقال على الخصوص
 بالنسبة للأحوال التي فيها التسنج الصرعي يتبدئ من الاصفار الموجود
 فيها ذلك والتجارب الدالة على ان امتئصال الاورام العصبية أو غيرها
 من الاورام كثير اما لا تتمر لانعنائها من اجراء هذه العملية لنجاحها
 قطعي في بعض الاحوال وبوصي في الاحوال التي فيها يكون شكل الصرع
 متعلقا بتغير مادي في الدماغ أو الجمجمة باستعمال الخزام أو المنص
 والدلك بالمرهم المنفط على القفا وكذا قد اوصى في مثل هذه
 الاحوال بذلك بهذا المرهم على فروة الرأس وباجراء عملية الثقب الجمجمي

وكون ثقب الجمجمة في الاحوال التي فيها يوجد ورم أو شظايا عظمية
أو تولد عظمي أو غيرهما من التغيرات المرضية المضيقية لتتسع تجويف
الجمجمة الضاغطة على الاوعية الدماغية له احيانا تأثير جيد في الظهور
المرضية لاسيما في النوب الصرعية فهذا امر يوجب به يكون عملية ثقب
الجمجمة تعطى مسافة للدماغ وابعثته وزيادة اتساع في هذا التجويف
وعند النظر بوجود ديدان موية احدث لما يسمى بالصرع البطني
ينبغي اعطاء الجواهر الدوائية الطاردة لها لكن لا ينبغي تقوية الامل
الذي يوجد عند المرضى بمحصول الشفاء من رؤية عقل ديدانية في البراز
بزيادة القول والوعدي ذلك وهناك اشكال من الصرع البطني يمكن
شفائها بالمعالجة بمياه كارلسباد وماريمباد كما ذكره (روبيرج) وان
كان الصرع حيا ينبغي معالجة الاحتقانات والالتهابات الرجمة المزمنة
والسد الرجمة وتقرحات الفوهة الرجمة طبعا للقواعد التي سبق ذكرها
فانه في هذا الشكل تؤدي المعالجة السببية الى اكبر نجاح ووضعه

وأما دلالات معالجة المرض نفسه فقد أوصى المعلم (شروذر) لاتمامها
بإستعمال الاستفراغات الدموية المتكررة بواسطة الحجامة التشريطية
أو ارسال العلق ثم باستعمال المنقطات أو الحمصة أو الخزام في القفا وهذا
المؤلف يعتبر تلك الوسائط هي العقلية الوحيدة ويؤمن ان فيها كفاية
لتنقيص قابلية تنبيه النخاع المستطيل وتلطيفها وتحويل الاحتقان منه
ويقول ان غيرهما من الوسائط العلاجية لا يساعد في المعالجة الا يكونه يؤثر
في الاسباب البعيدة من هذا المرض أو في الاحوال المرضية الموجودة في
الاحشاء أو الدماغ وسواء انضمننا الى تلك النظريات ام لا فلا بد وان النجاح
العظيم الذي تحصل عليه هذا الطبيب يلجأ بالاستعمال تلك الطريقة
العلاجية فقد فصلنا في حالتين ثنتين غير عتيقتين من الصرع بارسال
نحوار بع علقات على القفا في ظرف اسبوعين الى اربعة وحفظ سائلان
الدم بواسطة المحاجم المرنة على نجاح جيد بالنسبة لعدد النوب وشدتها
بحيث لم يدعو الحال لتكرار تلك الاستفراغات الدموية وبهذه
الكيفية قد يستغنى عن استعمال المصرفات على القفا واعطاء جواهر دوائية

أخرى فإن لم تشمر الوسائط العلاجية التي تكلمنا عليها في المعالجة السببية
 لهذا المرض وكذا الطريقة العلاجية المذكورة أخيرا فلا بد من استعمال
 الجواهر الدوائية الموصى بها في المصراع كنوعية ومن المعلوم ان الاصابة
 بأحد تلك الجواهر الدوائية مبنى على نجاحه في احوال متفاوتة العدد لسببنا
 نعترف بأنه ليس عندنا دلالات واضحة بالنسبة للاحوال المرضية التي
 فيها يفضل أحد تلك الجواهر الدوائية عن الآخر فالطبيب الأكثر مهارة
 وتجارباً يعدل من هذه الحبيثة الطبيب المستجد الغير المتمرن وأما استعمال
 الجواهر المنزيلة للحس والمخدرة معاً هذا الاثرو بين فقرضة كإرضه (شرودر)
 ونرى في ذلك الى الاسباب التي ذكرها وهو انه لا يصدق عند المصروعين
 ازالة حساسية متزايدة ولا ألم بل القصد لتلطيف قابلية التنبيه الانعكاسي
 المتزايد والجركات التشنجية تبعاً لذلك وباستعمال الجواهر المخدرة يحصل
 عكس ذلك أي ارد ياد في قابلية التنبيه الانعكاسية بحيث ان استعمالها
 بمقدار عظيم يحدث الشلل وكذا الكلوروفورم فانه وان أزال الاحساس الا انه
 يزيد في قابلية التنبيه الانعكاسي فالشخص المعالج به يشابه الضفدعة
 المقطوعة الرأس الذي ليس عندها احساس الا ان الحركات الانعكاسية
 تحصل فيها بكيفية قوية وأما الاثرو بين فهو جوهر قوى التأنثر جدا
 لسكن الذي يظهر ان له تأنثر ايجابياً بالنسبة لعدد النوب وشدة تناولها وفي
 الاحوال المستعصية جداً من المصراع ولم يسأه شفاء تام به في الاحوال
 المستعصية وأما في الاحوال الحديثة فلم يستعمل الى الآن وبوض المرضي
 الذين استعملناهم هذا الجوهر الدوائي بمقدار صغير جداً وهو جزؤ من
 الخمسين اعني واحد ميللي لم يسكنوا فقط باضطراب في الابصار بحيث
 لا يمكنهم تعاطي ادى شغل بال يد بل كذلك يخفأ مستمر في الخلق مدة
 من الساعات بحيث يمنعهم من ازدراد الاغذية الصلبة والمعلم (تروسو)
 الذي اعتبر ان هذا الجوهر هو الواسطة القوية التأنثر في المصراع قد اوضح
 الطريقة الآتية في استعماله وهو انه يفعل مائة حبة من خلاصة البلادونا
 ومسحوق أورافها من كل جرام (أي ٢٠ قمصة) وفي الشهر الاول
 يعطى للريض من تلك الحبوب حبة واحدة كل يوم ويزاد في الشهر الثاني

حبة ثمانية كل يوم وهكذا بالتدريج حتى يصل من ٥ حبات الى ١٠ الى ١٥ دل الى ٢٠ أو يزيد ويعطى المقدار دائماً دفعة واحدة فان حصل تحسين وجبت المداومة على آخر مقدار تعاطاه المريض مدة طويلة من الزمن ثم ينقص تعاطيه شيئاً فشيئاً بالتدريج ايضا واول شرط في نجاح هذه الطريقة العلاجية هو الصبر من جهة الطبيب والمريض معا ويمكن ان يعطى بدلا عن تلك الحبوب محلول الاترو ودين بقدر اثني عشر سنتغرام (اعنى قمحة من) في ١٠ جرام من السكّول المركز (اعنى درهمين ونصف) وكل نقطة من هذا المحلول تعادل حبة من الحبوب السابق ذكرها فيبتدأ بنقطة ويصعد بالتدريج الى ٢٠ نقطة

واما الجواهر الدوائية المعدنية المضادة للحالة العصبية فأشهرها المركبات الحارصينية وفي العصر المستجد قد يعطى بدلا عن زهر الحارصين الذي كان يعطى منه سابقا مقدار عظيم جدا من درهم الى درهمين في اليوم املاح الحارصين ولاسيمه والرياناته وايدروسية اناته ولاسيمه اخلاية

ويعطى من هذا الاخير ابتداء قدر سبعة ديسيجرام (اعنى ١٢ قمحة) في كل يوم ويزاد في مقدار التعاطى تدريجيا ويقال ان هذه الوسيلة العلاجية كبيرة النجاح في الاحوال الحديثة وعند الشبان ولا سيما في الصرع المعروف بالبطني والرجي واما نترات الفضة التي اوصى بها (هينه ورومبيرج) فيعطى من ١ ديسيجرام اعنى قمحة من الى ٢ ديسيجرام اعنى ٤ قمحات في كل يوم ولا بد من الاحتراس في استمرار استعماله زمنا طويلا الى ان يحصل التساوي النضى اعنى التلون المخصوص المعمر في الجلد واما كبريتات النحاس انوشادري فاستعماله في الصرع في هذا العصر قليل وكذا الزرنج

واما الجواهر الدوائية النباتية المضادة للحالة العصبية فأشهرها الارمواري، الدمسية والوالرياناى شبيهة الحمر و يعطى من الاول من ثلاثة ديسيجرام الى خمسة اعنى من ٥ قمحات الى ٢٠ مملوفا او على هيئة منقوع مجهز بالبوزة من ٤ الى ٨ جرام واما الوالريانا فيعطى ابتداء منها قدر أربعة جرام (اعنى درهم) ويزاد في مقدار التعاطى شيئاً فشيئاً الى ان

يصل الى ١٥ جرام (اعني نصف أوقيه) كل يوم امامه حوتة
او على شكل المربة

والجواهر الدوائى الاكثر استعمالا فى المصر فى العصر المتأخر هو برومور
البوتاسيوم فان كثيرا من مشاهير الاطباء يقولون مع التحقيق انه باسعمال
هذا الجواهر الدوائى استعمالا مستمرا يمكن الحصول على نتائج جسيمة
واضحة للغاية ومع ذلك يوجد بعض من الاطباء المشهورين لا يعترفون بذلك
وقد شوهد من استعمال هذا الجواهر الدوائى نتائج واضحة فى بعض الاحوال
المستعصية حتى لا يمكننا انكار جودة تأثيره والى العادة ان يعطى هذا الجواهر
الدوائى محلولا مريحا من ستة جرام على ١٨٠ جراما من الماء (اعني
درهما ونصفا على ست اواق من الماء) ويعطى من هذا المحلول ابتداء
قدر ملعقتى اكل وبعد عشرة ايام اربعة وبعد عشرة اخرى ستة
ثم يصعد به مع التدرج حتى يصل الى عشر ملاعق او خمسة عشر الى عشرين
وهذه هى الطريقة التى كان بعض الاطباء يستعملونها كواسطة علاجية
سرية بعد تلويين هذا المحلول بألوان مختلفة ويظهر ان اختلاف النتائج
التي تحصلت عليها الاطباء فى هذا المرض ناتج من عدم استعماله بطريقة
واحدة مع الاستمرار ولوان هناك احوال الام بمرقها هذا الجواهر
فى العصر الاخير وقد يشاهد عند استعماله زناطو يلا ظهور طفح حلى
على الجلد أو رمل احيانا يزول بعد ترك استعمال هذا الجواهر الدوائى
ويظهر ثانيا عقب استعماله وبعض المرضى يشتمكى عقب استعمال
هذا الجواهر الدوائى بمقدار عظيم زناطو يلا يفقد فى الشهية واضطراب فى
الدماغ وظواهر نزلية فى المسالك الهوائية تشبه ما يحصل عند استعمال
يودورا بوتاسيوم بل وقد شوهد من استعماله بمقدار عظيم كإذ كرمدة
مستبيلة من الزمن حالتان حصل فيهما اضطرابات عقلية خفيفة لكن
فى معظم الاحوال تفقد جميع تلك الظواهر ولذا ان تجربة استعمال هذا
الجواهر الدوائى بمقدار عظيم مع الاستمرار امر موصى به على الدوام
ومن جهة الجواهر النوعية القليلة الشهرة التى استعملت فى المصر الخلتيت
واوراق البرتقان والمارنج وجذر الرمان وزيت الترمثينا والزيت الحيوانى

لدبسيل والنبيلة ومن القواعد العامة في استعمال الجواهر النوغية هو ان
يستعمل كل منها بالمقدار الموصى به كلاً على حدته وان ينتقل من احدها
الى الآخر بسرعة وان تعسر التجارب المعالومة لنا الدالة على ان كل جوهر
دوائى قوى يؤثرنا نسبياً جيداً مدة من الزمن ثم لا يحدث النتيجة بعينها
فيما بعد اذا كان الجسم قد اعتاد عليه

واما دلالات المعالجة العرضية فتشتمل على حفظ جسم المريض من الاصابات
الجراحية التي يمكن حدوثها مدة النوبة فالمصابون بالصرع لا ينبغي تركهم
بدون ملاحظة متى سمحت حالتهم بذلك وهذه الواسطة هي الاهم والا كد
فان النوم في سر رضى حواجز عالية كسرير الاطفال وان اوصى به لىكن
بهذا لا يمكن الاستغناء عن ملاحظة المريض فانه في مثل هذه الاسرة وان
حصلت له نوبة وكان وضعه على الوجه امكن حصول الاختناق عنده وينبغي
تجنب ربط المرضى مدة النوبة او مسكهم مسكاً عنيفاً ولوى اربابهم فكثيراً
من الغوام من يعتقد ان النوبة تزول متى امكن اجراء ذلك وحالة المرضى بعد
النوبة تكون غالباً محسنة مهما كانت شديدة جداً

ومن جملة دلالات المعالجة العرضية استعمال الوسائط التي اوصى بها الاجل
تجنب حصول بعض النوب أو قطعها فان الضغط على بعض الامراف الناشئة
منها النسيم الصرعى غير جيد الا بصاحبه ولو ترتب عليه منع النوبة فان حالة
المرضى بعد اجراء ذلك لا تكون جيدة كما تكون عقب ظهور النوبة من جهة
ومن جهة أخرى تكون النوبة التالية للنوبة السابقة اكثر قوة وشدة وعين
ذلك يقال في استعمال المقيثات الشديدة عند ابتداء ظهور النسيم الصرعى
وقد ينجم في بعض الاحوال قطع النوبة بالضغط على السباتين لكن اجراء
هذه الطريقة في اثناء التشنجات عسر بل مضر عند فعله من غير متمرنة
بحيث لا يمكن الا بصاحبه باستعماله وكذا قد استعمال في العصر المستجيد بقصد
تجنب حصول النوبة استنشاق بعض نقط من تيرات الاميل

﴿المبحث الثالث﴾

(في السكرارز والتيتنوس)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

هذا المرض ذو السيز الخطار الذي ينتهي في الغالب انتهاء مخزنا بطار أعلى شكل تشنج مستمر بدون اضطراب في الادراك وفيه يعترى عضلات مخصوصة تشنج مؤلم مستمر مع تعاقب واصف فتمصاب ابتدا عضلات الفك السفلي ثم الوجه ثم القفا ثم البلعوم ثم البدع لاسيما عضلات الظهر ومع ذلك فدرجة هذا التشنج المؤلم تختلف وتظهر فيه فترات هدم وانحطاط ثم ازدياد وينضم لذلك ثوران مؤلم في قابلية التنبيه المدة مكمس به يعقب المنبهات الظاهرة ولو الواهية قوية تشنج تيتنوسية بمعنى ان التقاص المستمر في العضلات يزاد فجأة أو انه ينضم اليه انقباض عضلية متقطعة وفتية ويستتج من هذا الثوران العظيم لقابلية التنبيه المنعكس ان مجلس هذا المرض النخاع الشوكي وعلى الخصوص جوهره السنجابي لكن الى الآن لم يثبت مع التأكيذ وجود تغير تشريحي خاص بهذا المرض وطبيعته النوعية فان كلامنا من احتقان النخاع والبقع الاكيموزية فيه وفي أغشيته لا تعتبر تغيرات أصلية لهذا المرض وتنتج ولا بد عن الاضطرابات النفسية والدورية الثقيلة المصاحبة للتشنج أو انها تنتج عن احتقانات المخدرة رمية بل والبورات النهائية النضحية والبيئة التي توجد أحيانا في النخاع انما تشاهد في الاحوال المضاعفة ما لم تكن متعلقة بامراض اعتبرت تيتنوسية خطأ والارتباط الغير الواضح الموجود في التيتنوس الجرحى بين الآفة النخاعية والاصابة الجرحية الظاهرة المتسبب عنها قد انضج في الاحوال التي فيها امتد التهاب من العصب الدائري المخرج الى النخاع اما امتدادا مستمرا أو متقطعا (المعروف بالالتهاب العصبي الصاعد) بل وبعض الالتهابات العصبية التي لا تصعد نحو النخاع الشوكي وتمتد اليه بل تبقى مقصورة على جزء العصب المصاب يمكنها امتداد التيج احداث تيتنوس أو امراض أخرى في الاعضاء العصبية المركزية لاسيما النخاع الشوكي وبالجمله فالالتهاب العصبي ليس من التغيرات القاررة الواصفة للتيتنوس

الجرحى وقد بنشأ التيتنوس تبعاً للمعلم (بينيديكت) بالكيفية الانشائية
وهي ان التمسج الدائري يحدث بطريق الانعكاس نوع تشنج وعائي في
الاعضاء العصبية المركزية تنشأ عنه اضطرابات دورية واحتقانات
بل والتهابات في تلك الاعضاء فيما اذا لم يطر الموت بسرعة ومع ذلك فليست
جميع أشكال التيتنوس تنشأ عن امتداد تمسج مرضي الى النخاع الشوكي
بواسطة السبل العصبية المركزية بمعنى ان التمسج يمتد الى جوهر السنجابي
المنوط بتوصيل الافعال الانعكاسية بل ان هذا التمسج قد يصيب الجوهر
السنجابي بلا واسطة كما يحصل في حالة ارتجاج النخاع عند السقوط على
الرأس أو الظهر ولا سيما في حالة التيتنوس التعممي فان التجارب المفعولة
في الحيوانات استنتجت منها أنه في هذه الحالة لا توجد قابلية تنبيه في اعصاب
الحس والحركة بل ان السم أثر بلا واسطة في الجوهر السنجابي من النخاع
بواسطة الدم

ثم ان التيتنوس مرض نادر وانما يكثر حصوله في المناطق الحارة جداً
لا سيما عند ذوى اللون الاسمر والاسود والاسباب الاعتمادية للتيتنوس
هي الجروح وهي وان اختلفت نوعاً ومجسماً يمكن أن يعقبها هذا المرض
لكن ندر اصطحاب الجروح البسيطة القطعية به دون الجروح المزقية
والرضية والوخز والجروح المصحوبة بوجود اجسام غريبة فيها وجروح
الاسلحة النارية والحرق ويكثر حصوله ايضا عقب جروح في الاطراف
لا سيما الارجل والايدي دون باقي أجزاء الجسم

و يصاحب الجروح الواهية كالتامجة عن الوخز بشظايا جزئية أو بالاطراف
مثلاً بخلاف العظيمة والبترو والكسور ونحو ذلك وزيادة عما ذكر توجد
أحوال شبيهة في العصر الاخير المعلم (چوتن) فيها لم يوجد مع التيتنوس
أدنى اصابة جرحية ظاهرة وفيها يظن ولا بد بوجود ارتجاج في المراكز
العصبية وبالجملة فقد شوهد ظهور هذا المرض أحياناً عقب اصابات
مرضية باطنية كالوضع وبعض التهابات الپليسموراوية النضجية
والروماتزم المفصلية الحادة المصحوبة بالتهابات نامورية بل قد ذكر أنه شوهد
عقب التمسج الناشئ عن الديدان المعوية وبعض احوال التيتنوس

التي يظهر فيها ان منشأ هذا المرض مبهم بالكيفية (المعروف بالتيتنوس
الذاتي) يظهر ان ينشأ عنه متعلق ببعض هذه المهيئات الباطنية الحقيقية
أو بالاصابات الجرحية الظاهرية الواهية جدا
والتيتنوس قد يظهر بشدة بعد حصول الإصابة الجرحية لكن الغالب
حصوله بعد عدة أيام حالة كون الجرح أخذ في الالتحام وفي بعض الاحوال
الاستثنائية قد يحصل بعدمضي عدة أسابيع عقب التحام الجرح والامر
المعلوم من ان التيتنوس ينضم بكثرة لبعض الجروح خصوصا في زمن الحرارة
يستتبط منه ان هناك بعض مؤثرات ظاهرة تساعد في حصوله كآثار
البرد والرطوبة في الجروح حين وإهمال حالة جروحهم وأعمالهم ما بالغة غير
لأثر أو الاثغالات قسيتها

ومن قبيل التيتنوس الجرحي يعتبر الكزاز والتيتنوس الحاصل عند
المولودين جديدا قبل التثام جرح السرة نحو انتهاء الاسبوع الاول وفي
أثناء الاسبوع الثاني والذي يشاهد عقب الحتان وكذا الذي يشاهد بندرة
بدون جرح عندهم وكون ظهور التيتنوس في المولودين جديدا يتعلق بزيادة
عن وجود جرح عندهم بمؤثرات أخرى مساعدة على ظهوره كالهواء الغير
الجيد المسكن الاطفال والمياه في بعض البيوت وانخفاض درجة حرارة
الجو وارتفاعها جدا (أو الحمام الساخن جدا) ينضج من الامر المعالوم
وهو ان التيتنوس في المولودين جديدا قد يحصل بكيفية منتشرة وبائية في
بعض البقاع والمساكن غير المتجددة الهواء وممارسات الولادة ونحو ذلك
وفي بعض الاحوال قد لا يوجد عند المصاب بالتيتنوس أدنى إصابة موضعية
أو جرحية لكن المرض فيها يكون قد تعرض لتأثير البرد بكيفية متفاوتة
الوضوح (كالنوم على الارض الرطبة والبلل ونحو ذلك) فيكون المحدث
لهذا المرض حينئذ هو تأثير البرد (وهذا هو المعروف بالتيتنوس الروماتزمي)
وكيفية حصول ذلك منبهة علينا كحصول غيره من الامراض المتعلقة
بتأثير البرد ومع ذلك في الجائز اعتبار التيتنوس خطا روماتزميا في احوال
توجد فيها ولا بد إصابة باطنية جرحية خفيفة أثرت تأثيرا هيجانيا في بعض
السبل العصبية المركزية

وهناك جواهر سمية كاطيبيابين المحتوى عليه الاقيون والبيكرطوكسين
والقهوين والبروسين والاستر كينين ذوات خواص فوقية ومنبهة للفعل
المنعكس من النخاع الشوكي بحيث ان المهيجات الواهية يعقب تأثيرها
تقلصات عضلية تبتنوسية (وهذا هو المسمى بالتيتنوس التسمي
او الاستر كيني)

ثم ان التيتنوس يظهر في سن الطفولية والبلوغ كما يظهر عند الكهول
لسكن حصوله عند الشبان اكثر منه عند غيرهم ويكثر ظهوره عند الشبان
الفعلة ايضا زيادة عن الشيوخ الضعفاء البنية وعند الرجال عن النساء

الاعراض والسير

التيتنوس يظهر في معظم الاحوال ظهورا تدريجيا فالظواهر الابتدائية
تكون عسكرة عن جساف وانجذاب في القفا بحيث ان هذا المرض لا يندر
اعتباره ابتداء وما ترمي في عضلات القفا ثم يحصل عسر في حركات الفك
السفلى واللسان وتعسر في التكلم والازدراد بحيث يظن خطأ احيانا ان
المرض مصاب بذبحة الى أن يتضح تشنج العضلات المضيعة فيحصل انفتاح
غير تام ثم يتعذر بالكلية (وهذا ما يسمى بالكزاز) ويزداد تشنج
البلعوم فيتعذر الازدراد ويزداد التوتر التشنجي في عضلات القفا فيجذب
الرأس الى الخلف ويحصل تغير مخصوص في السحنة بسبب اشتراك عضلات
الوجه فتكون الجبهة والحاجبان مثنية والابصار شاحصة وتجذب
الشفتان فتباعد عن الاسنان المنطبقة على بعضها بقوة فتصير فجة الفم
مجنبة بالعرض كحالة الضحك (وهذا ما يسمى بالضحك المرذوق)
فقطعا ما ذكرناه يتبدى ولا بد التريج المرضي في الجوهر السنجابي من النخاع
المستطيل (ما عدا بعض استثناءات) اعني في نوايات العصب الوجهي
والنوءي الثلاث المحرك والعصب تحت اللسان والعصب الساني الباعوي
والاضافي لولس ثم يمتد التريج من هنا نحو الاسفل الى النخاع الشوكي فينتشر
التشنج الى عضلات الجذع وحينئذ فعضلات الصدر والبطن المتلفة
تقلص انما صلبات تعوق حركات التنفس سيما مدة النوبة لكن الغالب أن

تكون العضلات الباسطة لظهره الا كثر مصابا بحيث انه في أشد درجة ارتقاء هذا المرض يكون العمود الفقري منحنيًا الى الامام والرأس منحنيًا الى الخلف (وهذا ما يسمى بالابستوتنوس) أي الخلفي وهذا الانحناء يرتقي جدا في أثناء نوب التشنج وفي أثناء ذلك تكون الاطراف السفلى متمددة تملذا صلبا وقد يشاهد بندرة ارتقاء التشنج في العضلات المقدمة من الجذع بحيث يتقوس العمود الفقري في اتجاه مخالف لما تقدم (وهذا ما يسمى بالايبرستوتنوس) أي المقدم وأن التشنج يكون بنسبة واحدة في العضلات المقدمة والخلفية من الجذع فيصير الجسم في حالة انبساط مستقيم صلب (وهذا ما يسمى بالارتوتنوس) أي المستقيم وأما انحناء الجسم الى احدى الجهتين المعبر عنه بالبليور وتوتنوس أي الجانبي فالظاهرة انه يتعلق بالحالة النادرة جدا التي فيها يكون التشنج التيتنومي جانبيا بمعنى ان الاصابة تكون قاصرة على الجوهر السنجاني من النخاع الشوكي في احدى الجهتين وأما الاطراف فيقل اصابتها ابتداء بالتشنج بل ان الساعدين واليدين تكاد تبقى مصونة سيما عند البالغين ومعرفة ذلك مهمة بالنسبة لتمييز التيتنوس عن غيره من أشكال التشنجات المستمرة كالتشنجات العامة والنسوب التيتنومية تصطبج بالام تشابه الام تشنج سمانة الساقين وقد تشنجد جدا بحيث يصبح المريض من شدتها وفي ابتداء هذا المرض لا تنظر الي النوب من ذاتها لكنها تحصل بادنى سبب فكما ان الضفدع المغموم بالاستركنين يقع في تشنجات تيتنومية بمجرد الدق على الظهرية التي عليها مثلا فيكذلك يكفي أقل مسامسة للجلد أو تيسار الهواء أو ارتجاج الفراش أو دق الباب أو أي حركة تفعلها الممرضة كحركة المضغ والازدرد بل بمجرد تصور هاتي احداث نوبة جديدة وكل من تعذر الازدرد وظهور نوب التشنج كلما يراد اطفاء العطش بدل على نوع مماثل بين التيتنوس وداء الكلب ومدة نوب هذا المرض هي وكثرة ترددها قد تستمر في الابتداء بعض دقائق ثم عند ارتقاء المرض الى أشد الدرجات تستمر من ربع ساعة الى ساعة قبل أن يحصل الانحطاط وهذا المرض المهول لا يحدث اضطرابا في الادراك ولا الحواس بل تستمر غير متيكة الى قبيل الانتهاء المخزن ويتغطى الجلد بالعرق كثافي

تجسب هذا المرض من المجهودات العضلية القوية والنقبض يكون ابتداء
سريرياً في أثناء النوب فقط لكنه نحو انتهائه يكون كثير السرعة
والصغر وغير منتظم ولا توجد حصى غالباً ما يمكن هناك مضاعفة جرحية
وان وجدت فتكون مساوية درجة خفيفة ومما ينبغي التيقظ له حصول
ارتفاع عظيم في درجة الحرارة قبل طرقة الموت بقليل كما اثبتته (وندرلش)
وقد وصل هذا الارتفاع الذي شاهده في حالة الى ٤٤ مئوية بل وزادت
بعض خطوط بعد طرقة الموت وهذا الارتفاع لا يمكن توجيهه بقلة
تولد الحرارة الناتجة عن ازدياد المجهود العضلي فان مثل هذا الارتفاع
في الحرارة قد يشاهد في احوال جرحية في الخنازير الشوكي العنقي وغير هامان
امراض الدماغ والخنازير وسبب ذلك ولا بد هو اضطراب المراكز العصبية
المنوطة بتنظيم الحرارة

وفي الغالب يكون البول قليلاً عكراً بسبب عدم الشرب وغزارة العرق وقد
يكون محتوي على زلال ويحصل امساك ويشعر اليوم الذي ينشأ المرضي
وتسكابدمشاق كلية من تعمر التنفس وذلك انما ينتج عن تشنج الزمار لكن
معظمه ناشئ عن تشنج عضلات الصدر تشنجاً يجعل هذا التجويق في وضع
شبه قوسي وعن تشنج في الحجاب الحاجز به فيجذب الى اسفل بحيث يعقب ذلك
ضجير الاختناق السريع لكن أغلب المرضى لا تنطفي حياته بسرعة بل ان
نوب التشنج المصحوبة بالالام الشديدة وضجير الاختناق تتكرر رجلة مرات
في النهار ويكثر تردد هاتين تطيل مدتهما وتقل الفترات بينها وتسير غير تامة
الى ان يقع المريض في خدر التعميم يحمض الكربون الناتج عن التنفس غير
اتمام في اليوم الرابع أو السادس اذ انه يعقب ارتفاع الحرارة العظيم جداً
وازداد الفعل المنعكس ازدياداً مستمر اشلل في الخنازير ومن النادر ان يستمر
هذا المرض جلة اسابيع الى ان تنتهي به حياة المريض بسبب التهاون والجوع
الناتجين عن تعذر تعاطي المطعومات واما الانتهاء بالشفاء فقد يحصل في نحو
العشر الى العشرين حالة من المائة ولو ان التقاويم الطبية في ذلك ليست
أكيدة ولا يفتخر الطبيب بالفترات الطويلة احياناً ولو تمتعت المرضى فيها بنوم
مع الهدوء فان التشنج يطرأ عقب تلك الفترات بشدة عظيمة وانما ان قصرت

مدة الغترات وقل تردها وحصل في اثنا عشر خافوا وضغ في العضلات المتقلصة وامكن المرضى تعاطي المطعومات والمشروبات يرجى حصول الشفاء ومع ذلك فحصوله بطيء للغاية ولو في الاحوال الجيدة فقد تمضي عدة اسابيع الى ان يزول تورم العضلات بالسكينة ويتم الشفاء ويعتبر من الامور الدالة على جيد الانذار كل من قلة امتداد التشنج واقتضاره على الكزاز وتقلص عضلات القفا وقلة ارتفاع درجة الحرارة وبطء السير وامتداده الى الاسبوع الثاني مع سن الشبوية والطفولية ويعتبر انذار التيتنوس الروماتزمي اكثر جودة من التيتنوس الجرجي ولولم يكن ذلك على العموم وبظهور ان الاحوال الجرجية التي يتأخر ظهور التيتنوس فيها بعد الاصابة الجرجية بزمان طويل تكون اجدد عاقبة من التي يظهر فيها التيتنوس عقب الاصابة الجرجية حالا او بعدها بنحو عشرة ايام

واما تيتنوس المولودين جديدا فان شكله يتنوع قليلا بحسب الحالة الشخصية الطفلية اذ ان هجوم هذا المرض عندهم ينبثق بطواهر مرضية غير واضحة فالطفل يصبح في نومه وتغير هيأته ويترك الثدي بسرعة ولائمه ينضج ابتداء كون الطفل لا يمكنه ادخال حلة الثدي أو الاصبع في الفم والفكان يكونان متباعدين عن بعضهما ببعض خطوط الا أنه يتعذر تبعيتهما عن بعضهما ما زيادة العضلات المضغية تكون حويات صلبة وعضلات الوجه تكون منقبضة انقباضا تشنجيا والجبهة منتفخة والحاجبان منقبضين ومحاطين بثنيات متقاربة من بعضهما نحو المراكز وجناحا الانف يكونان مرتفعين والشفتان منقبضتين ومسديتين على هيئة الخرطوم واللسان منحصر بين الفكين وفي الغالب يبقى التيتنوس عندهم قاصرا على حالة الكزاز ومع ذلك فقد يعم جميع عضلات الجسم ويصطبغ بتقلص في عضلات الجذع وتقوس العمود الفقري الى الامام والاطراف كذلك يعمها التشنج في هذا الشكل من التيتنوس زيادة عن غيره من الاشكال وانذار تيتنوس المولودين جديدا خطر للغاية فقد يطرأ الموت عادة في اليوم الاول او الثالث عقب الانحطاط السريع ومع ذلك فقد شوهدت احوال انتهت بالشفاء

المعالجة

حيث ان معالجة التيتنوس مشكوك في نجاحها فينبغي ولا بد الاجتهاد في تجنب ظهور هذا المرض عند المجر وحين باستعمال معالجة لا تفتقر بحالة الجروح (بواسطة الاربطة الجيدة والاجتهاد في سهولة سيلان الافراز الجرحي نحو ذلك) وكذا تجنب تأثير البرد والماشاا الجسمية والانفعالات النفسية وقد تبصر في بعض الاحوال بان تمام ما تستدعيه الدلالة السببية منع حصول هذا المرض وذلك بواسطة استخراج الجسم الغريب من الجرح وقطع العصب المتبرج وتغيير الكسور وحل رباط الاوعية واما بتر الطرف المنفوخ فلا يترتب عليه طبقة التجارب ايقاف التيتنوس بعد حصوله

ثم ان عدم اعتباره الامر بالمعلوم من ان بعض احوال الكزاز والتيتنوس غير النامة قد تشفى من ذاتها اذى الوقوع في خطأ عظيم بالنسبة لتأثير بعض الوسائط العلاجية ومنفعتها والا تلم يبق جسدال بين الاطباء الامن حشية البعض منها فقط فلا تكون الحقن بالمورفين تحت الجلد مع ازدياد مقداره بالتدريج (الى ثلاثة سنجرام وازيد) بقرب الجرح له منفعة زيادة عن كونه ملطفا ومسكنا لا لام والتشنج امر لم يتفق عليه الى الآن والافيون يستعمل بكثرة من الباطن كواسطة مسكنة مخدرة لكن ينبغي استعماله بمقدار عظيم جدا (من ٥ سنجرام الى ١٠ سنجرام بل وازيد كل ساعة) للحصول على هذه الغاية وهذا المقدار زهابنتج عنه ضرر وكذا استعمال الحقن تحت الجلد بالاتروين قد تحصل منه على الشفاء احيانا لكن احوال عدم النجاح كثيرة والمستعمل الا بكمثرة كواسطة مخدرة ملطفة هو الكلورال الايدراتي بمقادير عظيمة جدا وينسب اليه تأثير شاف اقله في الاحوال الخفيفة واما الكلور فورم فتأثيره وقفي بحيث لا يجوز حفظ المريض في خدر كلور فورمي حفظا مستمرا ونوصي باجراء التجارب في استعمال بر ومورالبوتاسيوم بمقادير عظيمة جدا (من ١٥ الى ١٨ جرام كل يوم) وذلك لان له تأثيرا ملطفا في اطفاء قابلية تنبيه الفعل المنعكس وقد استبان من عدة مشاهدات ان استعمال الكورارد تحت الجلد يحصل النحطاط في التشنجات التيتنوسية واسترخاء

في العضلات المتوترة وطبقا لتجارب كل من الطبيب ديم و بوش وغسبرها
يكون عدد الاحوال التي شفيت بالمعالجة بهذا الجوهر الدوائي أكثر من غيرها
والحقن تحت الجلد بالكورار يوافق احوال التيتنوس الجرحى والرومايزمى
والتيتنوس الاستركتيني ومع ذلك فلا يخلو عن الخطر ولذا ينبغي الابتداء
بمقادير صغيرة جدا (من ٧ مليجرام الى ١٥ مللى) ثم يرتقى تدريجيا
الى مقادير عظيمة (من ٣ سنتجرام الى ٧ سنتى) وقد أوصى الطبيب
ديم باستعمال محلول من ١٢ سنتجرام على ٣٠٠ نقطة من الماء والحقن
بعشر نقط منه ويبدأ بذلك من ابتداء المرض والتأثير البين لهذا الجوهر
الدوائي يتضح في التشنجات والنبض عقب دقائق قليلة ومع ذلك لا ينبغي
تكرار الحقن به الا بعد ثلاث ساعات او اربعة الى أن يزول تأثيره وكذا قد
استعملت خلاصة الكلابار المنطقة القابلية للتنبيه المنعكس المتزايدة
واستعمالها يكون ايضا بالحقن تحت الجلد (من ٢ سنتجرام الى ٧ سنتى)
ويكرر جملة مرات في النهار وقد اختلفت الاراء بالنسبة لمنفعة تأثير التيار
الكهربائي في التيتنوس وعدمها وقد استعمل الطبيب (مندل) التيار
الكهربائي المستمر في بعض الاحوال مع النجاح بوضع القطب السلبى على
العمود الفقري العنقى والقطب الموجب على الطرف العلوى أو السفلى
ويسلط تيار خفيف مدة عشر دقائق او ١٥ والاسترخاء العضلى الناتج عن
ذلك قليل انه يحصل بعد جملة جلسات وعندما يكون فعل الاذراة مذكرا
يجوز ادخال الاغذية والادوية بواسطة الجسم المرىئى امام الفم والانف
او بواسطة الحقن من المستقيم

﴿المبحث الرابع في الاكلامبسيا الطفلية﴾

(المعرفة بتشنجات الاطفال)

﴿وتسميها العوام بالقرينة﴾

﴿تنبيه﴾ من حيث ان الاكلامبسيا النفاسية واكلامبسيا الحوامل
يتعلقان غالباً بتغيرات مرضية في الرحم المحتوى على الجنين أو بتغيرات
في المشيمة عقب الوضع أو بتغيرات أخرى تحصل وقت الحمل أو انقاس

فلا تتعرض لها هنا كما اننا لا نتعرض لسكل من امراض الرحم والمبيضين
والمهبل المتعلقة بحالة الجبل والنفايس

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

قد ذكرنا فيما تقدم ان الاكلاميسيا الطفولية عبارة عن صرع حاد فانه في
اثنائه نوب هذا المرض تحصل تشنجات مرتبطة بفقد الادراك لكن هذه
النوب لم تتردد أشهراً ورسنين في فترات متفاوته كما في الصرع بل تكون
فاصرة على بعض الساعات أو الايام وتنتهي بعد هذا الزمن اما بالشفا
أو الموت وكيفية حصول نوب الاكلاميسيا يقال فيها ما قيل في كيفية
حصول النوب الصرعية فاننا طبقا لما ذكرناه سابقا يعتبر من الثابت
بالنسبة للاكلاميسيا ان التنبيه المرضي للاعصاب المحركة التي
يتضح على هيئة التشنجات يتم بواسطة الخواص المستطيل والاجزاء المكاثرة
في قاعدة الدماغ كما انه يظهر من الثابت ايضا ان عين الاسباب التي يعقبها
حالة تهيجية اعتيادية في الخواص المستطيل وصرع هي التي كثيرا ما ينتج عنها
في سن الطفولية حالة تهيجية وقتية حادة في الخواص المستطيل وتشنجات
تبعاً لذلك ومن هذه الامور السببية تذكر اولاً انيميا الدماغ فان الحيوانات
التي جرب فيها كل من المعلم (كوسمول وتيسير) هلك في الحقيقة
بالاكلاميسيا بالصرع كما وانه من الثابت ايضا ان الاحتقان
تحدث أحوال تهيجية حادة في الخواص المستطيل ونوب الاكلاميسيا وقد
يحصل ذلك من اختلاط الدم بمناصر غريبة وذلك ثبت من حصول
التشنجات التي تنتهي بالموت بسرعة أحيانا عقب التسمم الهولي أو التسمم
بجواهر مخدرة ومن هذا القبيل التشنجات التي تحصل عند الاطفال بكثرة
وتكون ناشئة عن تسمم الدم بالاصل الميازمي كالتشنجات التي تصيب
ظهور القرصية والحسبة والجسدي وكالتشنجات التي تصاحب الجينات
الشديدة والتي لا يندر أن تصاحب التهابات الرئوية وغيرها من الامراض
الالتهابية الحادة

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن امراض في الدماغ او الخواص الشوكية
وتشابه في كيفية حصولها اشكال الصرع الناشئة عن امراض مزمنة

في الدماغ او النخاع الشوكي لا تعتبر عادة من الاكلام ميسيا بل تعتبر شكلا
عرضيا من التشنجات فتتميز عن الاكلام ميسيا بالمعنى الحقيقي

واما نوب التشنجات التي تنشأ عن تخرج العقد العصبية الدماغية كما يحصل
ذلك من الرعب الشديد أو غيره من الانفعالات النفسية وامتداد هذا التخرج
الى النخاع المستطيل منها فتميز من الاكلام ميسيا الحقيقية وبالجملة فان
أغلب حصول الاحوال التهيجية المرضية الوقوتية في النخاع المستطيل
يكون ناشئا عن امتداد تخرج واقع على الاعصاب الدائرية كما يحصل
ذلك من امراض الاعضاء المتعددة لكن الواقع هنا لا يكون ناشئا عن
اورام عصبية ولا غيرها من الاورام والنسب الاحتمالية كما هو الواقع في
الصرع بل الغالب أن يكون حصول الاكلام ميسيا ناشئا عن تهيجات في
الانتهى آت الدائرية للاعصاب المنتوزعة في الاعضاء المختلفة تمتد الى النخاع
المستطيل وتؤثر فيه ومن هذا القبيل تعتبر تشنجات التسنين والتشنجات
الديدانية والتشنجات التي تحصل من امساكات جرحية مؤلمة في الجلد

وكما ان الفعل المضاد للصفين السكرين والاجزاء القاعدية من الدماغ
مجهول علميا في الاكلام ميسيا فليس عندنا قدرة على توجيه اصطحاب
التشنجات بفقد الادراك

واما ما يخص الاسباب فنذكر انه في الزمن الذي لم تحصل فيه الاحوال التهيجية
الاعتيادية من النخاع المستطيل الا نادرا يكون الاستعداد للاحوال
التهيجية العادية فيه كثير اجدا فان الاطفال في الاشهر الاولى من الحياة
والمولودين جديدا الذين ينسدر فيهم الصرع بالكلية يضربون بكثرة
بالاكلام ميسيا وينتدر حصول هذا المرض بعد التسنين الاول ويكون نادرا
جدا بعد التسنين الثاني وقد يكون الاستعداد لهذا المرض وراثيا فتصاب
غالباً جميع الاطفال من عائلة واحدة بالاكلام ميسيا ولا تعلم الاحوال المرضية
من الابوين التي فيها يحصل الاستعداد للاصابة بالاكلام ميسيا عند الاطفال
فان هذا المرض كما يشاهد عند الاطعمال الاقوياء الدموي يبرر شاهد أيضا
عند الاطفال ذوات البنية الضعيفة الانمايين ويظهر ان الاستعداد
للاصابة بهذا المرض عند الذكور من الاطفال اكثر منه في البنات ويعدم

الاسباب المتضمنة لهذا المرض خلافا لما ذكر في كيفية الحصول تعاطى اللبن بعد وقوع غضب شديد عند الام أو المرضعة حالا ولذا لا ينبغي رفض هذا الرأي مهما كان توجيها عمرا فتتبع العادة القديمة بأنه لا يعطى الطفل الثدي حال غضب الام غضبا شديدا الا بعد عصره واستغراغه اول مرة وتسكين غضبها

في الاعراض والسير

اشكال الاكلامبسية التي كثيرا ما تظهر في س الطفولية كعرض سابق في الامراض الطفعية والالتهابات الرئوية وغيرها من الامراض الالتهابية بدلا عن القشعريرة هي التي كثيرا ما تظهر بغثاء وبدون اعراض سابقة وأما غيرها من اشكال الاكلامبسية فان نوبتها تسبق غالبا بظواهر مقدمة فالاطفال يكون نومهم مضطربا ولا يخلقون أعينهم غلقا تاما ويخرب ذهم زمنا قزما ويحصل عندهم صك في الاسنان ويتزججون بمجرد اللبس ويشاهد ولو يقظة فيهم تغير في الهيئة والخلق فيغضبون بسرعة ولا يكون لهم ميل للعب ويكون كثيرا وتغير ألوانهم في كل وقت

واما شرح النوبة الاكلامبسية فطابق بالسكاية اشرح النوبة الصرعية فيظهر عادة في ابتداء هذا المرض النوبة التشنجية الطفلية بتشنجات مستمرة في اثنائها ينجذب كل من الرأس والجسم الى الخلف وتسمد الاطراف وتدور العين وتقف الحركات التنفسية ثم يمتد التشنجات المتعاقبة التي تنتشر في عضلات الوجه والجذع والاطراف وبذلك يقع الجسم بجمه في حركات تشنجية متعاقبة ويندر أن يكون ذلك قاصرا على نصف الجسم وشدة التشنجات في هذا المرض تشابه شدة النوبة الصرعية ايضا وفي اثنائها يحمر الوجه ويصير سياتوزيا خفيفا ويرز الزبد من بين الشفتين ويتغطى الجلد بالعرق ويتسمد البطن بسبب دخول الهواء ويحصل عوق عظيم في التنفس ويصير النبض صغيرا متوترا ويفقد الادراك بالسكاية ومع فقد هذه تطفئ الحساسية بالمنبهات الشديدة جدا وهذه النوبة ينذر أن تمضي بسرعة مثل النوبة الصرعية بل الغالب استمرارها نحو ربع ساعة أو نصف ساعة أو أطول من ذلك ولذا كثيرا يرى الطبيب المشتغل

بالطب العملي نوب الاكلامبسيا ويندره شاهدته لوب الصرع فان
 النوبة الاولى تستمر عادة الى حين وصوله لاربض وأما الثانية فانها
 تزول عادة قبل وصول الطبيب وقد شاهدنا من مئذسين طفلا معه نوبة
 تشنجية اكلامبسية استمرت نحو الاربع وعشرين ساعة ولومع فترات
 قليلة والعادة أن تنتهي النوبة التشنجية الاكلامبسية بغير مستطيل تنهدي
 أو بالتهربز الغزير ويندر حصول ذلك فجأة في أثناء أو بقاء النوبة الى أشد
 درجاتها بل الغالب حمله بعد انحطاطه اشياء فسيماً ثم يقع الطفل في نوم
 عميق وان عاد الطبيب الطفل في اليوم التالي صباحاً يجد مكانه لم يكن به شيء
 بل مشتغلاً بالالعب ومن النادر أن يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب
 حصول نوب متوالية ووطن حصول النوبة تانياً ان لم يكن نوم الطفل الذي
 وقع فيه يعد زوال التشنجات غير عميق بل يكون في حالة قلق وعنده اصطكاك
 في الاسنان واعتقالات عضلية جزئية في الاطراف والنوب التالية لذلك
 تساهل بالكلية النوبة التي سبقت مرحها ولا تختلف عنها الا بشدةها ومدتها
 وكثير من الاطفال لم يحصل لهم نوبة اكلامبسية الا مرة واحدة وعند آخرين
 تتردد تلك النوبة زمناً فزمناً وكلما كانت المؤثرات المضرة المتعددة لتكرار
 تلك النوبة غير معلومة قرب الظن بان النوبة نوبة صرعية لا نوبة اكلامبسية
 وأما الاحوال التي فيها تكون الاسباب المتممة لتكرار النوبة قليلة الواضحة
 ففهم ايبقى الشك بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وعلى العموم لا يمكن
 من اول مرة الحكم بان كانت النوبة صرعية او اكلامبسية وذلك لان
 الاسباب المتممة لحصول النوبة تختفي علينا غالباً وقد يحصل الموت في
 أثناء النوبة بسبب عوق التنفس وانشعاع الدم بمحض الكربونيك
 كما انه يحصل عقب زوال النوبة اعشى في أثناء الحالة الكوماودة عقب
 الانحطاط السكلي والاكلامبسية في الاثمن الاول من الحياة من خطر
 للغاية فان أغلب الاطفال المصابين به يهلكون وأما الاطفال المتقدمون
 في السن فيكون انتهاءهم فيهم جيداً غالباً واما هلاك كثير من المرضى سواء
 كانوا من الطفولية او في الاطوار المتأخرة من الحياة متى ظهر عندهم
 نوب تشنجات مصحوبة بفقد الادراك في أثناء سير الامراض الدماغية

أو النخاعية الشوكية الحادة فهذا أمر واضح ومع ذلك فلا يقال إن هلاك
مثل هؤلاء الأشخاص يحصل من الاكل بمسبب معين هذا يقبل في الامراض
الناتجة عن الاكل بمسبب فان نوب هذا المرض ان اعقبت بالبله والشكل
او الحول او غيرها من الاضطرابات الثقيلة كان هذا ولا بد دايلا
قطعا على ان النوب تعلق باضطرابات غذائية في الاعضاء العصبية
المركزية

المعالجة

من الامور العسرة بل المتعذرة غالباً الحكم في كل حالة رهنسة عند طفل
مصاب بفقد الادراك مصحوب بنوبة تشنجية ان كان هذا ناتجاً عن احتقان
الدماغ او قلة الدم فيه او كان هناك اضطراب آخر في دورة الدماغ نتج عنه ذلك
ولذا كان من الجيد التمسك بالامر الآتي وهو انه ان كان الطفل المصاب
متمتعاً في السابق بصحة جيدة وكانت حالته بنيتة قوية دموية أن يستعمل له
حقنة من كبة من جزء من الخسل وثلاثة أجزاء من الماء البارد وقطاطية
رأسه بالوضعيات الباردة أو الجليدية وان لم تزل التشنجات عقب استعمال
ذلك ينبغي ان يوصى له بارسال علق خلف الرأس بكمية مناسبة لجلاء بنيتة
وسننه ولا يمكن ان يعطى له جواهر دوائية مدة النوبة لكن عقب زوالها
ينبغي عند الخوف من تردها ان يعطى له مسهل مركب من الزبيب الحلو
والجلبة او يعطى بعض قنادير صغيرة من الزبيب الحلو وزهر الخارصين
واما ان كان الطفل ضعيف البنية ومنزوحاً من حالة مرضية مستطيلة فينبغي
ان يعطى له حقن من منقوع البسبوفج او الوريانامع بعض نقاط من صبغة
السكاستوريوم فان لم تنجح هذه الوسيلة يستعمل له حقن من مستحلب
الجلتيت من ٥ ديسجرام الى واحد جرام على ١٠٠ جرام من المستحلب
(اعني من نصف جرام الى جرام على ست أواق من الماء) وتوضع الفخادات
الخردلية على الساقين ويستعمل كذلك حمام فاتر وعند ما تزل النوبة
بالكلية يمكن استعمال طرق علاجية أخرى ومن المعلوم أنه بقطع النظر
عن الاحوال التي فيها تكون الاكل بمسبب اعراض المرض في الدماغ او ناتجة
عن التسمم البولي أو عرضاً ابتدائياً للمرض حاد يكون من المهم معرفة الحكم

على قسم المجموع العصبي الواصل منه التهييج المرضي الى النخاع المستطيل
اذ بهذا الحكم يتعلق نوع المعالجة بان كان الواجب اعطاء مسهل او مقني
او جوهر مضاد للتخمر المعدى أو طارد للدود أو بان كان يجب استعمال
طريقة علاجية أخرى كسقي الثلثة أو اخراج جعم غريب او تنقيص درجة
حرارة الجسم ونحو ذلك واما اعطاء كل طفل حصلت عنده نوبة كلامية سيما
الزئبق الحلو بمقدار سهل ثم الزئبق الحلو مع زهر الخارصين بمقادير صغيرة
لاجل تجنب عود هاتانبا فأمر لا توصي به على الدوام وان أعقبت النوبة
بحالة كوماوية ثقيلة وجب استعمال النطولات الباردة وان لم تعقب بحالة
انحطاط خطيرة وجب اعطاء المبهيات كالتيبيذ والكافور والمسك واستعمال
الحملولات على الجلد والجمادات الفائرة ونحو ذلك وفي العصر المستعبد
استعمل بكثرة في هذا الداء كل من الكلورال الايدرائي من ٠.٥ - ١ الى
١٥ - ٠ (اعني من قعة الى ثلاثة كل ثلاث ساعات) على حسب من
الطفل ورومور البوتاسيوم المعدوح في الصرع ويمكن استعمال كل من
هذين الجوهرين على شكل حقن

المبحث الخامس

(في الاستريا)

(ونسمى عند الاقدمين من الالطباء بالاختناق الرحي)

الاستريا لا يمكن ادخالها تحت نوع مخصوص من الامراض العصبية
كما أجريننا ذلك في الصرع والالامبسيا الطفولية فانه يكاد يوجد
دائما في هذا المرض المختلف الاشكال اضطرابات في الحس والحركة
والوظائف العقلية وفي المجموع العصبي الوعائي والمغذي في آن واحد
وتارة يتضح نوع من الاعراض وتارة أخرى يتضح الآخر ولا يندران
بوجود ثوران وازداد مرضي في قابلية تنبيه بعض اجزاء المجموع العصبي
يظهر على شكل ثوران في الاحساس وتسنج ويكون ذلك مضاعفاً ثم قد
أو تناقص مرضي في قابلية تنبيه بعض اجزاء أخرى من هذا المجموع
تظهر على شكل تناقص في الحس والشلل والى الآن لم يمكن الجواب
مع التاكيد عن المسئلة المتعلقة بكون الاضطرابات العصبية العديدة

للإستريا (ولو كانت غير ناشئة عن تغيرات مادية في الأجزاء العصبية) مصدبة للأعضاء العصبية المركزية أو الدائرية منها فإن معظم المرضى وإن كان كثير الحساسية من المنبهات الظاهرية إلا أن ذلك كما يمكن نسبته لثوران في قابلية تنبيه الأعصاب الدائرية يمكن أيضا نسبته إلى ثوران في قابلية تنبيه بعض أجزاء الدماغ التي اليها تصل الأحاساس وتصير مدركة فيها والقول الأول يعترض عليه بعظم انتشار ثوران الحساسية وبالأضطراب الحاصل في الوظائف العقلية والقول الثاني ينتقض بكون ثوران الحساسية المذكورة يكون مرتبطا بزيادة عظيم في الفعل المنعكس فإن هذا الأخير لا يمكن أن يصدر إلا عن ارتفاع في قابلية تنبيه الأعصاب الدائرية أو عن ارتفاع فيها وفي قابلية تنبيه العقد العصبية الخاعية الشوكية معا ولذا أن النظريات المعول عليها في الإستريا هي ما قاله الطبيب (هيس) من أن ينبوع هذا المرض اضطراب غذائي في جميع المجموع العصبي دايريا كان أو مركزيا

والأمر المعلوم من أن الاستريا مرض يكاد لا يوجد إلا عند النساء خصوصا من ابتداء زمن البلوغ إلى زمن انطفاء الوظائف التناسلية أدى القول بأن الاستريا مرض في عموم المجموع العصبي ناشئ من تغير غذائي في أعصاب الأعضاء التناسلية وهذا التوجيه وإن كان غير مطلق إلا أنه يوافق معظم أحوال هذا المرض وقد تحقق لنا من الظواهر المرضية العديدة التي تسلكها عليها في المباحث السابقة أن الأحوال المرضية للأعصاب المصابة كثيرا ما تقتد إلى غيرها من الأعصاب أو إلى الأعضاء العصبية المركزية أيضا فيجب علينا أن نقول حيثما بطريقة المقارنة أن الأحوال المرضية لأعصاب الأعضاء التناسلية يمكن أن تنتشر في باقي أعصاب الجسم وتمتد إليها وإلى الأعضاء العصبية المركزية أيضا ويظهر أن الاضطرابات العصبية الخفيفة التي هي عبارة عن ثوران في الأحاسس وازدياد في ظواهر الفعل المنعكس والاضطرابات العقلية التي تظهر في زمن الحيض عند كثير من النساء الأنصحاء البنية متعلقة بتغيرات من هذا القبيل وتكون حينئذ مشابهة للإستريا الناشئة عن أحوال مرضية في الأعضاء التناسلية وفي بعض أحوال

الاستيريا لا يشك في نوع هذا المنشأ وذلك ان ظهرت الاستيريا الواضحة عند امرأة سليمة البنية الى هذا الوقت أعني عقب الاجهاض أو الولادة العنيفة المتلوة بتغير التهابي في الرحم واستمرت الاستيريا مادام التغير الرحي مستمرًا وزالت متى تعم شفاء المرض الرحي اذن الواضح في هذه الحالة ان مرض الرحم هو المبدوع الوحيد في الاضطرابات العصبية المنتشرة المتنوعة التي يعبر عنها بالاستيريا وجميع امراض الرحم والمبيضين ليس له تأثير واحد في احداث الاستيريا فاكثروا من هذا المرض يكون امامنا التهابات الرحم المزمنة ولا سيما من تقرحات فوهته وعلى الخصوص من احتقاناته ونزلاته ويندر ان تصاحب الاستيريا التولدات المرضية الخبيثة والتغيرات المرضية المفسدة لهذا العضو وبالنسبة لامراض المبيضين فان الايكياس الصغيرة الحجم المملئة باسنان وشعر تحدث الاستيريا اكثر من الايكياس العظيمة

ومن الجائز في بعض الاحوال ان التهيجات التناسلية كالتي تنجم من الجماع المتكرر أو الغير انتام أو المعاق او عن مجرد الشهوات التناسلية تؤثر على المجهود العصبي بكيفية مشابهة لامراض الرحية الجوهرية السابق ذكرها لكن لا يجوز القول بنسبة جميع احوال الاستيريا التي فيها لا يمكن اثبات وجود تفسيرات جوهرية في الاعضاء التناسلية الى تخرج الشهوات التناسلية وادائها بكيفية غير طبيعية فان القول بذلك يدل على عدم معرفة طبيعة النساء معرفة حقيقية ولذا ملنا القول بذلك في احوال هديئة لكن لا نعتقد ان جميع النساء العزبات والبنات الابكار الطاعنات في السن المصابات بالاستيريا والغير المكابدات لامراض جوهرية في الاعضاء التناسلية معدنات وتمدادات على احداث الشهوات التناسلية الغير الطبيعية

وعند وجود استعداد واضح للاستيريا يمكن أن ينشأ هذا المرض من اصابة مرضية في عنصر آخر فقد شوهدت احوال واضحة منه عند البنات الشابات المصابات بامراض مرضية في المعدة وكانت الوطائف التناسلية عندهن على حالتها الطبيعية

ولننضم الى رأى هس الذى تكلم كلاما شافيا على اسباب الاستيريا وذكر
 ان كثرة حصولها عند النساء الخاليات عن الاطفال والعزبات والابكار
 الطاعنات فى السن اللواتى من ذوات البيوت متعلق بمؤثرات نفسية لا
 طبيعية عضوية ومن المعلوم ان تأثير المؤثرات النفسية الشديدة يتضح
 فى فعل المجموع العصبى عند الاشخاص الاصحاء البنية ألا ترى ان
 بعض الأشخاص يحصل لهم من تأثير الرعب الشديد مثلا حالة ارتعاد شديدة
 بحيث لا ينصرفون من محلهم وان بعضهم يقلص قبضة يده قابضا
 عليها وعض على شفتيه ويفعل حركات تنبيه ارادية ويكون عنده قلق وضجر
 عظيم بدون ان يكون ذلك متعلقا بفعل الارادة ألا ترى ايضا انه بتأثير
 الفزع الشديد أو تألم نفسي قوى قد يحصل فقد تام فى الاحساس وانه عقب
 الاشغال العقلية الشاقة لا يندران يشاهد حصول ثوران عظمى عظمى ألا ترى
 ايضا اننا كثيرا ما نشاهد بتأثير الانفعالات النفسية حالة تنبيه فى المجموع
 العصبى الوعائى الغذائى بحيث تجمر الوجنتان وتنتفع وتنكمش عضلات
 الجلد أو تسترخى بحيث يحصل ازدياد فى الافراز الدمغى واللعابى ومنى كانت
 هذه الاضطرابات العصبية المنتشرة ناتجة عن مؤثرات نفسية وقتية فمن
 الواضح والقرىب العقل حصول اضطرابات عصبية مستمرة عند النساء
 اللاتى يشن من الحصول على اربهن ووقوعهن فى حالة اضطراب عصبى
 مستمر ونحس وان اعترفنا بان السكيفية التى بها تحدث المؤثرات النفسية
 المستمرة تنوعا فى تغذية المجموع العصبى والاستيريا بغير واضحة التوجيه
 لا يجوز لنا أن نقول ان عندنا تحقيقا واضحا فى كيفية انتشار الحالة المرضية
 من الاعصاب المتناسلية على باقى المجموع العصبى والاضطراب النفسى
 الذى يؤدى لحصول الاستيريا لا يتعاقب بالاحوال الخارجية الشخص بل
 من كيفية ادراكها وتصورها فان الامر المصادف لاحد الأشخاص ويمر عليه
 بدون ان يتركه عنده اذنى أثر قد يؤثر عند شخص آخر تأثيرا عميقا ويكون
 ينبوعا لحزن مستطيل عنده فننضم هذه الحيشية الى ما ذكره (هس) من ان
 الاستيريا كما انما قد تنشأ عند امرأة من زواجها الرجل فاقد قوة الباه قد تنشأ
 ايضا عن الاحساس العميق الحزن الناتج عن التصور بان بعلاها ليس كقواها

ولا لانتقام ما تقتضيه مقاصدها ولو كانت قوة الباء عنده في الحالة الطبيعية
وعين الاضطرابات الغذائية التي تحصل في المجموع العصبي بواسطة امراض
اعضاء التناسل أو بواسطة اسباب نفسية يمكن حصولها بحالة غير طبيعية
في العناصر الغذائية والذي يدل على ذلك كثرة حصول الاستيريا في
أحوال الايدريما والخلوروز بدون وجود امراض في الاعضاء التناسلية
وتهيجات شهوية واعتماد على السهاق وعقب المؤثرات النفسية التي سبق
ذكرها

ثم ان الاستعداد للاصابة بالاستيريا كثير الانتشار ومع ذلك فهو يختلف
 باختلاف الأشخاص فان الاستيريا لا تصيب جميع النساء المعترين التغيرات
رجعية منمنة اوسيلامات من هذا العضو أو تفرح في عنقه كما انها لا تصيب
الابكار الطاعنات في السن الا في معتقد هدم انتام واجباتهن في المعيشة
كما انها لا تعترى جميع البنات المصابات بالخلوروز ويندر أن تشاهد
ظواهر واضحة من الاستيريا عند البنات قبل سن ١٢ الى ١٥ سنة
كما ان هذا المرض نادر في سن الشيخوخة وكل من البنية والمراج ليس له
تأثير واضح في ازدياد الاستعداد للاصابة بهذا المرض وعكس ذلك يقال
بالنسبة لنوع المعيشة والتربية عند البنات فان لها تأثيرا واضحا في
زيادة الاستعداد للاصابة بهذا المرض فان كانت البنات غير معتادات
على الحكم عليهن وكان الابوان مهتمين باتمام جميع مقاصدهن ولو الواهية
وتركاهن يهملكن انفسهن من البكاء والتقلب على الارض بأقل سبب وخشيا
من تربيتهن والحكم عليهن وتأديبين بل تركاهن لغضبهن فحينئذ لا بد
وان يكن عرضة فيما بعد للاصابة بالاستيريا فاننا قد ذكرنا فيما تقدم ان هذا
المرض لا يحصل بواسطة الامور الخارجية عن الشخص بل بالكيفية التي
تؤثر على عقله ولذا ينبغي تعود البنات على الشغل وحسن السير والحكم
عليهن كما انه يجتهد في منع البنات المراهقات من اشتغاف جميع التمار
باشغال فكرية كقراءة كتب الغزل ونحوها مما يجمع قوة الحضور بل يصير
تعودهن على الاشغال المنزلية الجسمية وبذلك يمكن تجنب حصول الاستيريا
فيما بعد عندهن

والاستير يا عند الرجال ظاهرة تادرة جدا ولذا يقال في مثل هذه الاحوال ان الاستعداد عندهم للمصابة بهذا المرض ناشئ من احوال شخصية تسكرية بمعنى ان هذا الاستعداد يتعلق عندهم بحالة تختل في الاحوال الواضحة من الاستير يا عند الرجال كانت الاشخاص المصابة ذوات مشي وخصال مؤتمنة وما عدا ذلك فانهم كانوا ممنوعين عن الاشغال الجسمية ومنهم مكن على التهيجات الشموانية التناسلية او على جلد فيرة

في الاعراض والسير

لا يمكن شرح الاستير يا شرعا عاما بسبب كثرة اختلاف امراضها وتضاعفها العديدي لبعضها ولذا انشأنا من هذه الحيشية نسب وروح لشرح هذا المرض بطريقة عامة وشرح كل عرض على حدة فنقول

اما الاضطرابات الحسية فهي الظواهر المرضية الكثيرة الحضور في هذا المرض وتكاد لا تفقد في جميع الاحوال ونذكر من بجلتها أولا ثوران الحس العموي الذي تسميه العامة باضعف العصبي وهذا العرض كثيرا ما يكون هو الوحيد بدون مضاعفة باضطرابات أخرى وثوران الحس العموي هذا قد يظهر بصفة حدة الحواس ودقة فيها فان بعض المرضى قد يكتفه بواسطة اللبس ادراك الفرق الواهي في الثقل والحرارة ومعرفة السطح الظاهري من الاجسام حالة انغلاق الاعين وتميزها عن بعضها تميزا لا يتيسر اجراؤه من الاشخاص السليمين ومن الواضح ان تلك الصفة تؤثر على العموم بكيفية عجيبة وتسكون سببا في اعتقادات فاسدة غريبة ونعش عظيم

وكثير من المرضى من يتسلطن عندهم حاسة الشم حتى تفوق وجودها في بعض الحيوانات فيتيسر لها بكيفية عجيبة بواسطة الشم تمييزا شيا أو اشخاص لا يتيسر تمييزها عن بعضها لغيرهم ويمعون ويدركون مشي الاشخاص ولو كانت بعيدة وكذا يشاهد عندهم أمور عجيبة بالنسبة لدقة حاسة الذوق ومن الجليد بالنسبة للمعيشة الانسانية كون ثوران الاحساس عند المصابات بالاستير يا من الامور الدرة والا كان يترتب على ذلك كثرة عدد المدعين بمعرفة الاسرار والنظر في المستقبل

واكثر من ذلك مشاهدة ثوران الاحساس عند المصابات بالاستير يا الذي

يتضح عندهن بصفة الضجر والقلق ويصكون ناتجا عن تهيج خفيف
 في اعصاب الحس فان الشخص السليم وان كان لا يتألم ويضطرب عادة الا من
 الغا ط من عجة اور وائح شديدة او مواد مرة الطعم جدا او حريفة او من الضوء
 الشديد والالوان الساطعة فجد ان النساء الاستيريات لا يطقن بالسكينة
 التسكيم معهن بصوت مرتفع ويرغبن في التسكيم بصوت واه جدا (المعروف
 بالوسوسة) ولا يطقن وجود هرة من الازهار في اودهن فانهن ينزعجن من
 رائحتها ولو كانت خفيفة ويتجنبن المطاعم مهمة اقلت كمية الاقويات
 المضافة اليها وبعض النساء الاستيريات لا يتحملن ضوء النهار ولا يطقن
 ان يقرب منهن أحد يكون معه مثل منديل أحر وينضم لهذا الاحساس
 العظيم من المؤثرات الخفيفة جدا انديوسن ككر ازيات مخصوصة اى
 فبعض المنبهات مثلا يحدث عند الاشخاص السليمين تأثيرا منزعجا بصفته
 لا بقوته يحدث عند النساء المصابات بالاستيريا احساسا بالذبا والعكس
 بالعكس بمعنى ان المهيجات التي تحدث بصفته عند الاشخاص السليمين
 تأثيرا جريدا تؤثر على حواس النساء المصابات بالاستيريا بكيفية
 مزعجة واكثر من ذلك معرفة الظاهرة المعروفة من ان النساء الاستيريات
 يرغبن بكثرة في رائحة الرش المحرق ويتعاطين بدون اقتضاء كمية عظيمة
 من الحلتيت ومع ذلك لا يطقن ولا يتحملن رائحة مثل الهنفسج والفل
 وغيرها من الروائح المقبولة عند الاشخاص السليمة

وزيادة عن علامات الثوران في قابلية التهيج المرضية تشاهد أحوال تنبيهات
 مرضية في الاعصاب الحساسة ايضا لا تكون مماثلة لاسابقة ومن هذا القبيل
 تعد الآلام العصبية كالآلم العصبي الوجهي والصداع والآلم العصبي
 الثديي والوركي فان جميع هذه الآلام العصبية تشاهد بكثرة عند النساء
 الاستيريات وينضم لذلك الآلم الشديد جدا الذي يكون قاصرا على صغر
 محدود صغير من الرأس في محادة التدوير بالحدارة وتعب عنه المرضى
 يشبه دسار موضوع في محل محدود ولا يسمى بالآلم المسماري الاستيري
 وكذا يوجد عندهن على الدوام آلام في الظهر تزداد عند الضغط وآلام
 مخصوصة في المفاصل تعرف بالآلام المفصلية الاستيرية وهذه الآلام

التي شدتها واستيظانها في المفصل المصاب يمكن اختسلاطها بالتهابات
مفصلية وكذا قد يشاهد أحوال مرضية تهيجية في اعصاب الحواس لا تكون
متعلقة بعمليات طبيعية فيها فبعض المرضى يشم دائماً رائحة مخصوصة
أو يحس بذوق طعم مخصوص وبعضهم يشتكى على الدوام بطنين في الأذنين
ودوى أو بشرر أمام العينين

ومن المستغرب وجود تناقص في الاحساس أوقفده بجموار انظواهر التي
سبق ذكرها وهي عبارة عن ثوران قابلية التنبيه وارتفاعه ارتقاء
مرضياً وتناقص الاحساس أوقفده هذا ما أن يكون قاصراً على جزء
محدد وفي الجسم أو منتشر فيه ومن المشكوك فيه كون فقد الاحساس
هنا متعلقاً بتناقص في قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية أو بانطفئ فيها بعض
اصفار محدودة في المراكز العصبية وبعضها على كثير من الأحوال
الحكم بأن كانت المرأة الاستيرية معتريهنا تناقص في الاحساس أوقفده
أو انها تشتكى بذلك من نوع العجب فأنس لا يشتكى بالاحساس بالآلم
عند وخزنها في اصفار محدودة أو قرص من وحقن فار وجود ظواهر
العجب عند النساء الاستيريات أولاً يشك فيه ولو علمت النساء المرضي
أن فقد الاحساس أمر عجيب عسر التوجيه لا ازداد عدد النساء المستيكات
ازدياداً عظيماً وقد شاهدنا حالة استيرية في امرأة كانت لا تفعل أدنى
تقلص في سحتها عند كيها بالجلد المحمى على ظهرها كيها شريطياً ومع ذلك
لم يكن عندها أثر يدل على فقد الاحساس في جلد ظهرها وجميع اضطرابات
الحس المذكورة تنسب إلى حالة تهيج مرضي في اعصاب الجلد والحواس ويتضح
لذلك عند النساء الاستيريات امابات اضطراب في حساسية الاحشاء
الباطنية فأننا في الأحوال الصحية لم يكن عندنا أدنى اشعور
أو شعور واه بحالة الاحشاء الباطنية مادامت تلك الاعصاب سليمة
بحيث لا تعلم ضربات القلب الا عند وضع اليد وتنفس بدون أن يصل ذلك
إلى حاسة الإدراك ولا يدرك فعل المعدة ولا المعاء ولا السكتين في الحالة
الاعتيادية وي شاهدنا النساء الاستيريات تشتكى بامابات مخصوصة
متنوعة عجيبه في وظائف احشائهن الباطنية فيكاد جميعهن يشكى بخفقان

في القلب ونبض متعيب في جميع الاوعية وان بحث الطبيب عن ضربات
 القلب او عن حالة النبض تأكد ان هذه الاصابات تشخيصية وان ضربات
 القلب لم تكن متزايدة وان النبض لم يكن قويا ولا ممتلئا وعين ذلك يقال
 بالنسبة لاحتماج التنفس فبعضهن يشتكى احيانا بضجر شديد وضيق
 عظيم في التنفس ويتنفس تنفسا عميقا شاقا ومع ذلك عند البحث عن
 الاعضاء التنفسية لا توجد تغيرات مرضية لافي المسالك الهوائية
 ولا في الدورة ولا في التبادل الغازي التنفسي بهاء يمكن توجيه اضطراب
 التنفس وضيقه بل ان الواقع هو ثوران الحس أو اضطرابه وجميع النساء
 الاستيريات تشكين ولو كان المضم عندهن في اتم الدرجات مضطربا وامتلاء
 في قسم المعدة أو بالام عصبية فيه ويذكر ان انه يوجد عندهن خلاف
 المضم الذي يعتبر من احيانا حقيقة احساسات عجيبة في قسم البطن
 و يظهر ان من هذا القبيل ايضا التشكى بالعطش الشديد المحرق الوقي
 والزحير البولي المتكرر بدون امتلاء المثانة ولا تغير جوهري فيها
 ومن المستغرب ندرة الامصابات المتنوعة المرضية في الاعضاء التناسلية
 نفسها فان ازواج النساء الاستيريات يشته كنون في الغالب بعدم ميل
 نسائهم للجماع وبقلة حساسيتهن في اثنائه (وهذا اضطرابا بظن عموما)
 ومن النادر ان يشاهد عموما عند النساء الاستيريات الفاحشات ثوران في
 حساسية الجماع وقابليتهن له وقد يكون بعكس ذلك في بعض احوال مثل ما نحن
 بدون وجود تغيرات جوهري في الاعضاء التناسلية وكذا اضطرابات
 الحر كة يكثر ما شهدتها فيهن فانها تكون عندهن عديدة ومتنوعة
 كاضطرابات الحس وتكون في الغالب عبارة عن تشنجات استيرية
 ولا يشك في أن التنبية المرضي للاعصاب المحركة الناشئ عنه التشنجات
 الاستيرية يكون بنوعه آتيا من النخاع الشوكي والنخاع المستطيل
 فانه من العلامات المشخصة للتشنجات الاستيرية ككونها لا تصاحب
 بقعة في الادراك مطلقا ويعتبر ينشأ عن هذه التشنجات عادة انعكاسيا
 بمعنى ان النخاع الشوكي هو العضو المتوسط في انتقال النهج الآتي من
 الاعصاب الحسية الى الاعصاب المحركة وحيث ان هذه التشنجات كثيرا

ما تنتج عن منبهات تؤثر على الاعصاب الحسية أو اعصاب الحواس
وانها في احوال أخرى تعقب المنبهات النفسية بدون توسط الارادة كان
القول السابق منسكاً الى اساس قوى وينبغي في الاحوال التي فيها تظهر
التشبهات ظهوراً ذاتياً ان توجه بكون المنبهات التي أحدثتها اختفت
عليها وقد تكون التشبهات الاستيرية في بعض الاحوال عبارة عن تشبهات
في بعض الاعضاء خصوصاً الذراعين وكثيراً ما تتردد هذه التشبهات بفترات
قصيرة عند تنبه احساس المرضى او عندما تؤثر منبهات خفيفة على اعصاب
اللمس والحواس الشريفة وفي احوال أخرى تكون تلك التشبهات ممتدة
في جميع عضلات الجسم بشدة متفاوتة وتظهر بنوب شديدة بحيث تكاد
تكتسب هيئة التشبهات التيتنوسية والصرعية ولذا كثيراً ما يشاهد
عند النساء الاستيريات كل من التيتنوس الحلي والمقدم والجانبى
او اعتقالات متقطعة بها يحصل في كل من الوجه والذراع والاطراف حركات
تشبهية وكثيراً ما يظهر زبد في الفم بل وانطبق الابهام في راحة اليد والفرق
الوحيد بين هذه التشبهات والتشبهات الصرعية عديم وجود فقد
الادراك وفي كثير من الاحوال يحصل في عضلات بعض الافعال
الفسيولوجية نزع تشبهي كالهضلان المنوطة بالضحك والبكاء والتأوب
بدون وجود الاضطرابات النفسية التي تصاحب هذه الافعال عادة في
الاصحاء وهذه الكيفية تحصل تشبهات صرعية وبكائية ونشأؤنية
وبواسطة الحركات الزفيرية التشبهية المصنوعة بانقباض تشبهي في الزمار
وقوت تشبهي في الاحبلة الصوتية يحدث السعال الاستيري المستعصى
وتنوعاته التي بها يصير مصعوباً بالغاظ رنانة او عالية واقباضات المرئ التي
تتمدد من الاسفل الى الاعلى توظف عند النساء المريضة الاحساس بصمود
كرة من القسم الشراسيفي الى الجفيرة وهذه الظاهرة يعبر عنها بالكرة
الاستيرية وكثيراً ما يشاهد عند النساء الاستيريات في كل ربع ساعة
او ساعة تحش ذوفترات قصيرة به تنسفع غازات عديمة الرائحة والطعم
ولوشهدت المرضى بالدقة لعلم انهن يردن الهواء على الدوام وينضح ذلك
من الحركات التي تحصل من الفم والشفتين لكن حيث ان معظم الرجال

الاعضاء لا تستشعر بازدراد الهواء عند فعل حركات مضغ او ازدراد غير ارادية
 مصاحبة لحركات التروع القوية يعصر علينا الظن والقول بان ازدراد
 الهواء عند النساء الاستيريات امر ارادى ولذا اعتبرنا الظاهرة التى نحن
 بصدد هان من جملة ظواهر اضطراب الحركة وكأنه يشاهد فى دائرة الاحساس
 ضعف مصاحب لثورائه فمكذلك يشاهد بالنسبة لاضطراب الحركة شلل
 استيرى يجوار التشنجات الاستيرية وهذا الشلل قد لا يصيب الا طرفا واحدا
 وتارة يكون عاما للنصف الجسم مكونا للفالج وما هو معلوم من ان قابلية
 الانقباض الكهر بائية تبقى محفوظة فى الاجزاء المنشأة يثبت مع الوضوح
 ان ينهوع الشلل فى الاستيرى باليس دائريا فان الاعصاب الدائرية لو كانت
 مريضة واعتراها اضطراب فى تعديتها ونج عنه فقد قابلية تنبيهها لكانت
 الكهر بائية غير كافية كالارادة فى احداث تنبيهها وايقاظ فعلها وحيث انه
 فى احوال الشلل الاستيرى جميع العضلات المريضة لا يمكن احداث انقباض
 فيها بفعل الارادة ويحصل فيها انقباضات باستعمال التيار الكهر بائى فى
 الاعصاب المتوزعة فيها فلا بد وان يكون ينهوع الشلل الاستيرى مركزيا
 ومع ذلك يستتبط من التعاقب الشرىع فى سير الشلل الاستيرى سيما من
 زواله الفجائى انه متعلق باضطرابات غذائية خفيفة سهلة الزوال فى مراكر
 الارادة لا كالشلل السكتى ويظهر فى بعض الاحوال ان الياس العظيم من
 عدم قابلية المرضى للحكم على تحريك الطرف هو السبب الوحيد فى الشلل
 الاستيرى ولاننك فى أن كل انسان مادام معتقدا ومؤكدا بان لا قدرة له
 على اتمام حركة ما يتعذر عليه اجراؤها بسبب فقدته للحكم الارادى المنبج
 لتلك الحركة ومن الجائز عدم مثل هذه الاحوال التى يكون فيها الشلل
 متعلقة بخطا فى الحكم والتصور من جملة الاضطرابات العقلية وقد شاهدت
 من منذ زمن امرأة كانت مصابة بفالج من عدة أشهر واتضح من تاريخ
 المرض انه كان معتريا لشلل من هذا القبيل قبل بعدة سنين بخفى تارة
 ويظهر أخرى فمن سير هذا الشلل وبقية الاعراض المصاحبة له اتضح
 لنا حقيقة ولقد كان متحققا عند المريضة انما تشفى باستعمال الكهر بائية
 وحيث تأخر دخولها الى الاكلينك كانت مشغوفة بذلك للحصول على

النجاح فبمجرد دخولها واستعمال الكهربية لها وانسباط يدها التي كانت متفصصة من منذ أساييس عذبة استثمرت بانتمام النجاح وتجنست حالتها بعد قليل من الزمن بحيث تبسر لها بعد أساييس قليلة حركة الاطراف المثقلة ولا بد ان تلك المريضة كانت تفحسن حالتها باي واسطة علاجية اخرى اعتقدتها

واما الاضطراب الذي يحصل في دائرة الاعصاب الوعائية والمغذية فيعدمه عدم استواء توزيع الدم واختلاف كميته في الاجزاء الدائرية فان أغلب المرضى تكون أيديهم وارجلهم باردة واما وجوههم فتتقد بأقل سبب بدلا عن اللون الطبيعي مع الاحساس بحرقان فيها وهل يعد منه ايضا افراز الاعاب وتفسير الافراز المعدي والمعوي بسبب الانقباض النشفي في الاوعية أو بدها الشللي امر غير مقطوع به واما سبب غزارة البول الاستثيري فنتاج بلا شك عن تغير في وظيفة اعصاب الاوعية الكلوية والبول المنفرز بغزارة يكون قليل المواد الصلبة شفا فافا خفيف الوزن النوعي وكثيرا ما يعبر عنه بالبول الاستثيري

واما الاضطرابات العقلية التي تشاهد عند المصابات بالاستثيريا فانها تختلف اختلافا عظيما فمارة تكون قليلة الوضوح وتارة كثيرة بل ومنت احوال فيها تكون مضطربة جدا بحيث ان الظواهر القياسية تكون هي الاكثر وضوحا في هذا المرض وفي العادة يطرأ الى ابتدائه تلون في الخلق وتقلب مريع فيه بحيث يشاهد انتقال فجائي ما بين سرور زائد الحذ وحن شديد وكثيرا ما يشاهد نوع خروج عن حد التعقل وهذه الظاهرة توجع بشوران الحس والتعقل فكم ان المنبهات الحسية تحدث تأثيرا عظيما غير اعتيادي في المرضى فكذلك التصورات التي لا تؤثر أدنى تأثير في خلق الاجماء تحدث عند المصابات بالاستثيريا الاحساس بعدم الراحة والاسم أو انها تحدث عندهن الاحساس بسرور زائد عن الحد ولو كان نادرا فكثيرا ما يحدث عندهن الضحك والبكاء بأقل شيء والظاهر أنه كما يوجد عندهن نوع ثوران حسي تعقلى فكذلك يظهر فيهن نوع استعداد خموصى فكري وبذلك فوجه حاله خافهن المستغربة وحيث ان التصورات والمدرجات تحدث

عندهن غالباً الاحساس بالضعف والاسم فالغالب أن يظهر فيهن نوع
 انحطاط في خلقهن فالمرضى تكن كثيرة الانين بدون سبب خزنات أيسات
 من الحظ ولو كن متمتعات بجميع انواع التمتع في المعيشة وشكواهن
 الدائم بدون سبب ظاهري وبكاؤهن ينتهيان بقسوة من كان مصاحباً لهن
 فالأقارب لاتصغي لشكواهن ولاتلتفت لها وتظهر عدم الاعتقاد
 في حقيقة تها بالتسدر ويجوزول منهم الاعتناء بمحالتهم سيما متى انضج لهم
 ان شكواهن ليس مبالغافساقطة بل انها على سبيل الغش والتصنع بقصد
 مشاركتهم لمن في التألم أو بقصد التعجب وهن مع ذلك لم يرلن يتصنعن بالغش
 بالذقة مع الجراءة والاستمرار بحيث لا يكون هناك تناسب بين عدم
 جرافتهن الاعتيادي وتجاهلهن لمشاقي ما يتصنعن به ويعمر في كثير من
 الاحوال التمييز بين الحقيقة والغش فمن كان طائشاً اقل يغتر بأفعالهن
 ولذا ينبغي التمسك بالقاعدة العامة وهي عدم التصديق بكل ما يقال
 كقول المرضى بالحرمان من الطعام من منساز من طويل وادعاء فقد البول
 بالسكابة والقئ الدموي او غيره من المواد والاشياء الغريبة ومادام هذا الميل
 في المصابات بالاستتير بالايضاظ تعجب الغير منهن ومن حالتهم فيسهل ولا بد
 عند وجود الشخص المريد الانتفاع المترتب على غشهن بادخال التصوري
 اذهانهم بانهن ملبوسات بالارواح الخبيثة (ومن ذلك كثرة انتشار
 الاعتقاد عند النساء الاستتيرات بتباع ما يسمي بالزار وطرقه الشنيعة
 الفظيعة المخللة بالادب والدين) او انهن يزعمن برؤية الحقائق مناما او لحظة
 رجسا بالغيب والقوة المفكرة لا يعترضها تغير عند المصابات بالاستتير يا
 فانه يمكنهن تغييرهن من السمات التصورات التام والحكم الصحيح به ولو انه
 باستمرار الاحساس بالتألم عندهن يفقدن الالفة لمن حولهن بل لا قاربهن
 القربي

واما الاضطرابات العقلية فانها تظهر عندهن اما على شكل نوب مرضية
 فكرية كما سبق او على شكل مرض جنوني مستمر من وهذا الجنون
 إما ان يظهر تدريجاً او على صفة حادة عقب النوب الفكرية فيطرأ اما
 بصفة الما ليخوليا أو المانيا وكثيرا ما يحصل ثوران في حالة خلق مثل هؤلاء

المرضى وبعضهم يتمكن منه تصور الضرر والاضرار فيسرى لاهساسهن فيجبرهن على ضرر أنفسهن أو غيرهن وبعضهن من يكثرن في الفراش عدة أشهر بل سنين ولا يستطعن تركه ثم يعقب ذلك الجنون نوع الخطاط وخدر في العقل

ثم ان سير الاستيريا يكاد يكون من مناهل الدوام والغالب أن يثبتى هذا المرض في زمن الادراك ولوانه يوجد غالباً في سن الطفولة فطواهر غير اعتيادية في قابلية التنبه الجسدية والعقلية واحياناً تنضج الاستيريا فيما بعد أعنى في السن المتوسط أو المتأخر وظهوره يحصل غالباً تدريجاً ويندر أن يكون فجأة بنوب تشنجية وسيره لا يكون منتظماً في بعض الاحوال ينضج احد الاعراض وفي غيرها ينضج غيره ولذا يندر أن تكون الظواهر المرضية مشابهة لبعضها عند جملة من الاشخاص بل ان هذا المرض كثيراً ما يختلف صورته في مريض واحد وذلك ان المصابات بالاستيريا تشتكين تارة بالأم وتارة بظاهرة عقلية وأخرى بشلل ويكون ذلك هو العرض الرئيس الواضح دون الاعراض العديدة المتنوعة التي يشتكين بهامع المبالغة وكثيراً ما يغفل صبر الطبيب من استمرار الشكوى بأحد هذه الاعراض كتنبج الضخاع أو عصر الازرداد أو الفنى الاستيرى أو شلل الاحبله الصوتية أو غير الثبول أو الارق فان شكواهن كثيراً ما تستمر أشهر ابل سنين وعلى العموم يسير بثورات وانحطاطات متعاقبة وتكون الانحطاطات واضحة جداً وتستمر جملة أشهر بل سنين بحيث يظن خطأ أن المريضة شفيت شفاء تاماً ومن النادر أن تهدد الاستيريا بالموت بواسطة تشنج الزمار أو بواسطة نوب جنونية او صرعية متتالية بالكوما بل ان هذا المرض لا يقسم الحياة ما لم تحصل فيه مضاعفات ثقيلة امكن من المعلوم ان الاستيريا مرض طويل مستعص فيحصل فيه ثوران جديد يستمر من اسبوع الى جملة سنين ثم يعقب بالتحسين ولا يرجى حصول الشفاء التام الا بالتقدم في السن وظروق من اليأس ولوانه في هذا الطور من الحياة لا يندرج عود الاستيريا ثانياً واحياناً يزول هذا المرض بسرعة او انه يكتسب صفة حميدة بحيث ان المرضى لا تشدب الطبيب والاحوال التي لا تستمر زمناً طويلاً والتي فيها

يوجد سبب مدرك سهل الشفاء يحدث للاستيريا هي التي يؤمل فيها الشفاء
وأما الاحوال التي تنسب لاستعداد دوراني أو التي يوجد فيها كاسباس
مرضى حالة عصبية ونوران عصبي فشفائهما صعب وتشخيص الاستيريا
سهل على الدوام مادامت الاعراض الواصفة لهذا المرض واضحة كتنكدر
الاخلاق وسوءها والثورات الحسية والكثرة الاستيريه والالام الثابت
الاستيري الشبيه بالسهار والتشنجات الاستيريه ونحو ذلك وفي احوال أخرى
يستدل على حقيقة التشخيص من كثرة تعدد الظواهر المرضية المحسوسة
للر بض التي تشكي بها المرضى في جميع الاعضاء يقبر بيسامع ان البحث
بالعلامات المدركة لا يدل على تغيرات مرضية وبالجمله فالطبيب تظهر له
حقيقة المرض من استمرار مشاهدته المرضى وتقلب الظواهر المرضية
فمن وزوال بعضها بضرعة منع ظهور البعض الآخر بان ذلك ليس ناتجا عن
تغيرات عضوية ثبيلة وفي تميز الاستيريا عن الايبوخونداريا يرتكن الى
اعتبار النوع فان هذا امر مهم لكن ليس على الدوام فان هناك نساء
يوجد عندهن زيادة عن الظواهر الاستيريه او بدونها احساس بضجر
ايبوخونداري أي بمرض جسمي ثقيل كما ان هناك رجالا يشاهد فيهم جميع
الظواهر الاستيريه كالاحساس بالكثرة الاستيريه والتشنجات الاستيريه
والتقلصات العضلية للضحك والبكاء ونوب الجنون الاستيريه

في المعالجة

من أهم الامور اجراء معالجة واقفة عند النبات الصغير والشابات اللاتي
يظن عندهن وجود استعداد عصبي مرضي واللاتي يوجد عندهن كذلك
خلاف هذا الاستعداد ضعف عصبي متصف بحالة نهج غير اعتيادية وزيادة
تلون في الخلق وتفهم رأي وقرب ازعاج واللاتي يوجد عندهن حسدة
ذهن وميل للافكار الحسية والملاهي فمستدترية مثلهن ينبغي الالتفات
الى تقوية الجسم ومضاربة تلك الاحوال العصبية واعفاء كل ما يثير شهوة
الاعضاء التناسلية وذلك أهم من الاعتناء بترينهن في المدارس
والدالات العلاجية السببية تستدعى في الاحوال التي فيها لا يشك في أن
الحالة المرضية للمجموع العصبي ناشئة عن تغير مرضي في الاعضاء التناسلية

معالجة لا تفي لهذه الحالة المرضية كالالتهاب المزمن والتقرحات والتحوّلات
وغيرها من الامراض التي تصيب الرحم والمبيضين ولتحصل ذلك على
ما ذكرناه في المباحث المتقدمة وان كان هذا المرض ناشئا عن مؤثرات
نفسية مضرّة كالغزن الناشئ عن تكررات العيشة المتزلية والتصور المحزن
لعدم بلوغ الاربع في الحياة ومن هذه الحيشة يتدمر لطبيب الحائض لانهية
من كان منوطا بها لجنهن وواقعا على حقيقة اسرارهن الحصول على فائدة
عظمى بالنسبة للمعالجة السببية وذلك بكونه مع الفطنة والدراسة يؤثر على
عقولهن وتنوع أفكارهن وقوتهن الارادية وان كانت الاستتيريات متعلقة
بجالة امتلاء دموى يجب ولا بد تنظيم التغذية وتقليلها واستعمال المسملات
او المعالجة بالماء المعدنية المهيأة والاستقرار في الدوية ان دعت الحالة
الى ذلك كارسال العلاق على القسم المهبطي من الرحم أو تثيره او نحو ذلك
وان كانت الاستتيريات متعلقة ككما هو الغالب بالسلور وزوال الانجباء
استدعت المعالجة السببية فحين حالة الدم بواسطة المركبات الحديدية
والاغذية الجيدة والهواء الجيد لكن لا يؤمل في كون الحديد يحدث عند
الانيميات المصابات بالاستتيريات تأثيرا جيدا لوضوح في احوال الانيميا
البسيطة وفي احوال كثيرة لا يمكن الاستدلال على المعالجة السببية وزيادة
عن ذلك فهناك احوال يعلم فيها السبب لا يصح ويمكن تعينه ومع ذلك
فلا يكون من المحقق فيها ان زوال الاستتيريات ينتج لذلك
وليس عندنا وما يتدوئية بهاء يمكن شفائه التغير الاساسي للاستتيريات
فمن المعلوم ان جميع الجوهر الممددة بالمضادة للاستتيريات كالحلثيت وجذر
الواليريانا والسكاستور يوم والمسك والماء المضاد للاستتيريات والايثير وروح
قرن الاريل كثير اما لا تثمر ولو اننا لا نشكر ان كلا من منقوع الواليريانا
وض- بغيرها والسكاستور يوم وجيوب الحلثيت وحقق منقوع الواليريانا
المضاف اليه مستحلب الحلثيت له تأثير ملطف فاستعماله واجب خصوصا
في احوال التشنج الاستتيري واما بر ومور اليوتاسيوم الذي كثيرا ما استعمله
في العصر الاخير في الاستتيريات والتشنجات الاستتيرية فليس له في هذا
المرض تأثير جيد واضح كما في المصراع وقد شاهد (روزنسال) عدة

أحوال انه باستعمال هذا الجوهر بمقدار مناسب من ٣ جم الى ٥ جم
 كل يوم) يحصل تناقص في قابلية التنبيه المنعكس وثوران الحساسية
 وهذه النجوم وفي احوال أخرى كان تأثيره غريب واضمح واما الطبيب
 (جوالى) فوجد انه باستعمال مقادير عظيمة جدا من رومورابوتاسيوم
 فى احوال عديدة من التشنجات الاستبرية الصرعية يحصل تأثير واضح
 كما فى الصرع الحقيقى واما التأثير الشفائى لكورز ذهبات الصودا
 الذى أوصى به (مازينين) فى تيسات الرحم والمبيضين والاستبريا المتعانة
 بهما وبالغ فى مدحة (نماير) فليس عند أغلب الاطباء تجارب تؤيده
 ويعطى هذا الجوهر على شكل حبوب (بان يؤخذ من كلور ذهبات
 الصودا - ٣ - ديسجرام

صمغ الكبريا - ٤ - جرام

سكر ابيض ك ك

يعمل اربعين حبة ويؤخذ من هذه الحبوب واحدة بعد الغداء بساعة
 وواحدة بعد العشاء بساعة ايضا ثم يؤخذ منها ثلثان ويزاد بالتدريج
 الى أن يصل الى ٨ فى اليوم على مرتين

واما الاقيون الذى أوصى به (چندرين) ومدحه كثيرا بأنه واسطة
 علاجية جيدة فى الاستبريا واعطاءه بمقادير أخذته فى الازدياد تدريجيا
 وذكر انه باقداى على استعماله شاهد شفاء تاما فى اكثر من نصف
 الاحوال فالى الآن لم نعتبره الا واسطة علاجية عرضية جيدة ونجاربنا
 الشخصية ايدت لنا جودة الحقن بالورقين تحت الجلد فى احوال عديدة
 من الآلام العصبية والتشنجات الاستبرية وسهولة تحمل المرضى له دون
 غيره من الجواهر الدوائية

وفى اثناء الفصل الجيسد من السنة تحدث ولأبد المعالجة بالمياه المعدنية
 شراروحا مع تغيير الهواء والاقامة فى الخلاوات مع الرياضة واتباع الملاهى
 تأثيرا جيدا فى هذا المرض وينبغى اتباع القاعدة الاتية بالنسبة
 لا انتخاب المعالجة فى فصل الشتاء وهى انه يفضل استعمال الماء البارد
 القوي التأثير على شكل التدليك او الاستحمام فمن المدهون من منذ

زمن طويل استعمال الحمامات البحرية وفي عصرنا هذا المعالجة بالماء
البارد مع الاحتراس انما يجب ان يحفظ المرضى بان المعالجة لا تحدث
النتيجة المطلوبة في اسابيع قليلة وان الاقامة في الحمامات المستعدة للمعالجة
بالماء البارد لا بد من استمرارها بجملة أشهر لكن احيانا لا تحصل النساء
الاستيريات بسبب شدة تأثرهن اوضعفن العظم تأثر البرودة وفي مثل
هذه الاحوال تكون الحمامات الفاترة المنزلية ولا سيما حمامات المياه
الطبيعية الفاترة كماء شاتجنباد وفيفرن وويلسباد وتبلتس
ويادن بادن او نحو ذلك مفضلة واما في احوال الضعف والاسترخاء ووجود
شلل فتفضل الحمامات الفاترة المحمية كماء توهيم وريمية ونحوهما وعند
الاشخاص الاقوياء البنية الجيدة التغذية المعتدلين اضطرابات في الدورة
البطنية تفضل المعالجة بماء مريم باد وجينسجر وهو مبورغ وايجر
ونحوهما واما في احوال الانيميا الواضحة فيفضل استعمال المياه الحديدية
كماء شوالباخ وييرمون واسبا وفرانسباد وغيرها والكهربائية لا يستعمل
فقط مع النجاح في مضاربة بعض ظواهر الاستيريا كالشلل والانستيزيا
والالام العصبية بل يظهر انما تؤثر تأثيرا جديدا في بعض الاحوال في مجموع
هذا المرض بفعالها المحول المصروف ويفضل في الاستعمال التيار المستمر
القوى بان يؤثر به على جميع سطح الجلد

ومن المهم جدا الاعتناء بالمعالجة العقلية فمن علم من اطباء قوة المؤثرات
العقلية عند المصابات بالاستيريا وعلم ان كلاما من الفرح والرحب الفجائيين
واعتماد المريض في الطبيب والمعالجة الجسدية واحدا في الوسائط
السيمباتوية والاماكن المقدسة المعتد فيها بالشفاء ليس له فقط تنويع
تام في حالة المرضى وتكدر اخلاقهم بل كذلك قد يحدث شفاء تاما وقتيا
او مستمر الى الشلل المستمر او غيره من الظواهر الاستيرية الثقيلة اتضح له
ان المعالجة العقلية الالافقة بحالة المرضى مع التعقل والحزم تكون من
الوسائط العلاجية القوية جدا فعلى الطبيب من جهة احياء أمل المريض
في الشفاء وتجميع قوته الارادية المنهكة ومن جهة اخرى مقاومة سوء
الاخلاق وتلوئها والمبالغة في الاقوال فان فعل الطبيب ذلك مع الشهامة

والسكون فلا بد وان نصاحبه تصادف محلا واما ان قابل شوء اخلاق المرضى
بالاستنزاء وعدم الصبر ولم يصغ لسكواهن وسرد قصة مرضهن وظهر
عليه في اثناء ذلك القلق والتهاون فقد ولا بد أمنية المرضى وضاحت منه
الواسطة القوية وهي المعالجة العقلية

ومن المفيد جدا استعمال الطرق العلاجية التي لا يقصد بها مضاربة هذا
المرض بقسامه بل مضاربة اعراضه كل عرض على حدته أما معالجة نوب
التشنج فالأجود فيها أولا تسكين روع من كان محيطا بالمرضى والمرضى
نفسها ان كانت غير فاقدة الادراك والعلم بان النوبة لا خطر فيها وانما يعتنى
بالاحتراس على المرضى في اثناء تغليبهن في الفراش من وقوعهن من على
السرير أو ضرر أنفسهن وعند استمرار النوبة والخوف من ضعف القوى
يستعمل الاستنشاق الكوروفورمى لكن لا يستمر به الى حصول الخسار
التام أو الحقن تحت الجلد بالمورفين أو الحقن الأفيونية اذ بذلك يسرع
انتهاء النوبة واما تشنج المزمار الخطر الذي يحتاج لاسعاف وقى فأجود
ما يوصى باستعماله فيه هو الهيجات الجلدية المحمرة واستنشاق
الكوروفورم أو الاثير مع السرعة واما عمر الازداد فيفضل فيه
استعمال الكهر بائية الموضعية والقسطرة بالمجس المروى واما القنى
الاعتيادي فيستلزم استعمال الأغذية السائلة اللطيفة وتعاطى الدم
المفروم فرمانا ٤٤ والمتبيل بالافاويه وقطع صغيرة من الثلج والحقن تحت
الجلد بالمورفين واستعمال صبغة اليود من نقطة الى ثلاث (أو الكوروفورم
في صواغ غروى) واما انطفاء الصوت فيستعمل فيه ما ذكر في مجته
واما الفواق المستعصى فيضارب بالحقن بالمورفين تحت الجلد وتسلط
التيار الكهر بائى على العصب الجذبانى الحاسجى واما الحالة الطميلة
للبدن فأجود ما يستعمل فيها التيار الكهر بائى المتقطع على جدار البطن
وفى الغالغ الاستيمرى والشلل النصفى السفلى أو شلل أجد الأطراف يوصى
باستعمال التيار الكهر بائى المتقطع أو المستيمرى على الاجزاء المنسلة
ويكون ضعيف فى الابتداء ثم يقوى فيما بعد أو الحقن تحت الجلد بالاستركنين
(بان يأخذ من كبريتات الاستركنين ١ ز . ماء مقطر ٢ ر ١٠

(اعني واحد ديسي على عشرة جوام) ويحقق من ذلك كل يوم مرة من
 ٥ ٠ ٠ ٠ الى ٠ ٠ ٦ ٠ (اعني ٥ الى ٦ مللي جوام)
 والدلائل المنبهة مع تكبير الاجزاء المنشلة ويوصى في الانقباضات
 العضلية الاستيريه باستعمال المعالجة الكهربية او بالحقن تحت الجلد
 بالأتروبين تبعاً للرأى (شاركو) واما الآلام الاستيريه فتضارب
 باستعمال المسكنات والمخدرات سيما الأفيون والمورفين ولوانه يوجد نساء
 استيرييات يرغبن بعدم فعلهما والآلام الظهر الشديدة المستعصية يوصى
 فيها باستعمال الحقن تحت الجلد بالمورفين او الاستفراغات الدموية
 الموضعية عند النساء الاقوياء البقية الكثيرات الدم وقد شاهد المعلم
 (روزنثال) نجحاً عظيم في مثل هذه الاحوال من وضع ايكاس من
 صمغ من مملئة بالماء البارد على الظهر واما (بنيدكت) فقد اوصى
 باستعمال التيار الكهربي المستمر على الفقرات المتألمة
 واما الآلام المفصليّة الاستيريه فيستعمل فيها التكبير والحركات
 الصناعية والدلك بصبغة اليود ونحو ذلك واما الالتهب بالالتهب
 فيستعمل فيها المنبهات الموضعية وتسلط التيار الكهربي المتقطع على
 الاجزاء الفاقد الاحساس
 ونتيجة جميع هذه الطرق العلاجية العرضية في الاستيريه لا يمكن قطع
 الحكم بفعليتها من قبل فان تأثيرها يكون احياناً واضحاً للغاية وفي احوال
 اخرى لا تجدى نفعاً او انه يحصل بعد استعمال تلك الطرق مع النجاح
 نكسات ذاتية في كل عرض على حدته

المبحث السادس * (في الشلل الارتعاشي) *

العلامة الواضحة لهذا المرض عبارة عن حركة غير ارادية في بعض اجزاء
 الجسم اما على شكل مجرد ارتعاش او على شكل تقلصات عضلية متقطعة
 شديدة وبذلك يقع الجزء المصاب في حركة اهتزازية ثم ينضم لهذا الارتعاش
 فيما بعد شلل غير تام في العضلات المصابة وهذا الداء النادر يصيب الذكور
 في السن المتقدم من الحياة ومن النادر أن يصيب ذوى السن المتوسط
 وأندر من ذلك ما يشبه السبوان ويظهر هذا الداء في بعض الاحوال عقب

الربع الشديد أو الضجر العظيم وفي أحوال أخرى يظهر أنه ينتج عن أحوال
صحية غير جيدة كالأشغال الشاقة وتأثير البرد الرطب وتخرج بعض الأعصاب
الدائرية الناتجة عن الرض أو الجروح وبالجملة توجد أحوال فيها لا يعرف
سبب انشئه فيكون حينئذ ناشئا عن أسباب باطنية خفية علينا والارتعاش
يبتدئ غالبا بكيفية واهية في أصابع اليدين ثم الذراعين ويندر أن يبتدئ
بقدم إحدى الجهتين أو كليهما ما ثم يمتد فيها بعد من الأطراف العليا
إلى الأطراف السفلى ومن النادر أن يصيب عضلات الوجه والتكلم
أو عضلات العنق بحيث يقع الرأس في حركة ارتعاش وقد يصيب
نصف الجسم (على شكل فالج) واندر من ذلك أصابته لأحد الذراعين
والطرف السفلى للجهة المقابلة والغالب وجوده في الجهتين ولو بدرجة
مختلفة والارتعاش قد يتناقص وقتيا أو يزول بالكلية سيما عند
الاستلقاء على الظهر لكن بعد تقدم المرض لا سيما في الأحوال الثقيلة
منه يستمر ولو بشدة متفاوتة فيحصل فيه ازدياد عقب الأنف لانت
النفسية أو المشاق الجسمية أو يتشاقل على صفة دورية والتقلصات
العضلية يحصل فيها على الدوام هذه وسكون في أثناء الخدر الكلوز وفورمي
وعند ارتفاع هذا المرض إلى درجة عظيمة ترتقي التشنجات المتقطعة إلى
درجة امتداد عظيمة بحيث تشابه بعض التقلصات العضلية المستمرة
وطبقا لما شرحه (شاركو) تكتسب حركات الإبهام بالنسبة لباقي
الأصابع نوع حركة مشابهة للحوادير القلم بين الأصابع

وأما الشلل في هذا المرض فإنه لا يتضح الا عند تقدم سيره ولذا يتأخر
ظهوره مدة طويلة من الزمن وحينئذ يكون عوق الطرف عن انتمام
وظيفة نفسه ناتجا فقط عن التقلصات العضلية المكثرة لحركانه والشلل
الذي يطرأ فيما بعد يكاد يكون دائما غير تام وقاصر على العضلات
الباسطة وقد يحصل عند تقدم سير هذا المرض نوع توتر وجساوة في
العضلات الباسطة للأطراف بل وعضلات الجذع والعنق لاسيما في عضلاتها
الباسطة ثم إن التوتر الذي يظهر ابتداء وقتيا يصير مستمرا فيما بعد وعلى
حسب تسلط الجساوة في قسم من العضلات دون الآخر تحصل تشوهات

مختلفة وضعها وشكلا فيكون الرأس منجذبا الى الامام والجذع كذلك مائلا نحو هذه الجهة وانعضدان متباعدين عن الجذع والساعدان متباعدان والاصابع منقبضة فليسلا ومائلة نحو الحافة الزندية ومفاصلها منثنية آومة مددة كما شاهد ذلك في أحوال الروماتزم المزمن واما الاطراف السفلى فجساوة عضلاتها تشابه جساوة العضلات في الشلل النصفي السفلي المصغوب بانقباض فيها فتكون الركبتان متقاربتين في حالة نصف اثنتا والقدمان متمددين ومائلين الى الانسية (كشكل رجل الفرس) واصابع القدمين متعذبة نحو الخلف (كشكل المخلاب) وقد شاهد عند الاثنى عشر المصابين بالشلل الارتعاشي عند ما يريدون المشي ميل الجري الى الامام والقول بتوجيه هذه الظاهرة بكون مركز الثقل زاغ نحو الامام بسبب ميل الرأس الى هذه الجهة لايحوزه العلم (شاركو) أقله بالنسبة لجميع الاحوال فان هناك من مضى بكون لهم ميل الى التقهقر نحو الخلف والسقوط على الظهر ومن حيثية الحساسية يحصل ولا يد بعض ثورات واضطرابات فيها كالحساس بالحدرد والتنمل أو القرص في الايدي والاقدام وبعض آلام عصبية في الاطراف المصابة وقد جزئ في الحساسية واحساس متزايد بارتفاع الحرارة ينضم له افراز عرق غزير أحيانا ولا ينسذكر كذلك مشاهدة اعراض دماغية كآلم الرأس والدوار والارق وظ- واهر ابيوخوندارية بل هبديان واعراض جنونية مع ضعف في القوى العقلية يزاد شيئا فشيئا

ثم ان الشلل الارتعاشي من الامراض العصبية المزمنة المستعصية المدة قد يستمر سنين عديدة والموت يحصل اما عقب التقدم في السن او بظواهر النهوك العامة المتقدمة التي تجبر المريض على المكث في الفراش او ان المرضى تنتهي حياتهم قبل حصول النهوك المتقدمة بواسطة امراض تطرأ عليهم كالالتهاب الرئوي الانحشاري ونحو ذلك فان المرضى لا يمكنها مقاومة تلك الامراض وبالنسبة لمجلس هذا المرض والتغيرات التشريحية المتعلقة بها لم يتيسر قطع الحكم فانها تارة لا يوجد منها شيء وتارة توجد تغيرات مختلفة اما دماغية او نخاعية شوكية ولذا يجزم بانها ليست واصفة

للشلل الارتعاشي بل تعتبر مضاعفات له ومن المشكوك فيه كون مجلس
المرض في الدماغ أو النخاع الشوكي والامر المعلوم من ان العضلات
المتوزع فيها اعصاب محركة دماغية لا تشترك في الشلل الارتعاشي يرجح
القول بالرأى الاخير

وقبيل الشلل الارتعاشي عن غيره من الاحوال المصهوبة بارتعاش سهل عادة
فان الارتعاش الشبوني مثلا وكذا البسيط الذي يشاهد عند الاطفال
الكثيرى التنبيه والمعتريهم نوزانات في الحساسية يكون تليد الوضوح
يخلف الشلل الارتعاشي وزيادة من ذلك فان باقى الظواهر المرضية
الواقعة لهذا المرض تفقد كلية وفي كل من الارتعاش الالكمي والزحلي
والزئبقى يرتكن في التشخيص الى التسفيرات لتشر بحجة ووجود ظواهر
مرضية أخرى خاصة بكل نوع منها وأما التباس الشلل الارتعاشي بتيسات
النخاع المتعددة المنعزلة فسهل الوقوع

ومن المعلوم ان حصول هذا المرض الاخير يكون في الاطوار الاولى
من الحياة وان الشلل فيه كعرض ابتدائي له وان الارتعاش لا يحصل
الا عند اجراء حركات ارادية بخلافه في المرض الذي يحد يصدده فانه لا يكون
متعلقا بها

في المعالجة

الظواهر انه شوهة تخسين في بعض احوال جديدة من هذا المرض بل شفاء
تام ومع ذلك يعتبر هذا الانتهاء المأدر نتيجة لجهودات الطبيعة الجسمية
لالتأثير الصناعة الطبية وبالنسبة لبعض المشاهدات التي حصل فيها
شفاء بين بالمعالجة الطبية يشك في حقيقة التشخيص والوسائط العلاجية
العديدة التي قيل بمنفعته في بعض احوال دون أخرى وذلك ككلورور
الباريوم والاستركتين والارجوتين والاقبون وست الحسن والكورار
وخلاصة السكلابار والحجر الجهنمي والكلورال الايدراتى وبرومور
البوتاسيوم لم تصادف النجاح على الدوام ويجوز الاصابة باستعمال غير
ما ذكر من الوسايط العلاجية كخلاصة الشوكران أو الشوكراتين
(الذي ذكر شاركو أنه تحصل منه على نجاح وقتي) والمحلول الزرنيخي

حقننا تحت الجلد لفولير (الركب من محلول زرنيجات البوتاسا جزء ومن الماء المقطر جزآن) يحقن منه كل مرة قدر نصف حقنة اعتيادية كما ذكر (ايايا ويرغ انه شاهد منه في حالة تجسيفا واضحا والمخطاط في التشنج عقب الحقن به خمسة عشر مرة وفي حالة أخرى بعد اربع مرات من الحقن وكذا يجوز الايصاء باستعمال كرونات الحديد كما ذكره (ايليوستون) وشاهد الشفاء منه في حالة واستعمال الطرق العلاجية بالماء البارد (كصب الماء البارد بعد غمس المريض في حمام مائتر والدلك بالماء البارد وتغليقه بجملة مبتلته) وكذا المعالجة الجلوانية (بان يوضع أحد القطبين على التواء القمجدوى والاخر على العمود الفقري) التي تحصل منها المعلم (بنيديكيت) على بعض نتائج جيدة في الاحوال الابتدائية
 * (الايبوخونداريا) *

هذا المرض يقرب من الامراض الجنونية لاسيما الجنون الحدتي ويعتبر عادة أظف اشكال الجنون ومن جهة أخرى يوجد فيه زيادة عن الاضطرابات النفسية اضطرابات وظيفية عديدة في المجموع العصبي لاسيما في الحواس الدائرية وهذه الاضطرابات تتألف بالكلية التغيرات العقلية وتغلب عليها بحيث ان هذا المرض يشابه الاستيريا ولذا يجوز شرحه معه في فصل الامراض العصبية المنتشرة وفي الايبوخونداريا القوية تكون الاحساسات المحزنة متسلطنة على انقوى العقلية فتكون عبارة عن الاحساس بمرض ثقيل بحيث ان أفكار المرضى تكون مشتتة برعب مستمر بالنسبة لهمتهم الجسمية والعقلية ولا ينبغي اعتبار كل شخص معتر به الرعب بانه مصاب بالايبوخونداريا الا اذا كان هذا الاحساس عرضا لمرض فمثلا الرجل ابو العائلة الذي يتوحد بشربه لطبيعية ظنائه بانه مصاب بمرض عضال غير قابل للشفاء ويفقد كذلك قوة الحكم على تعقلاته بل يكون على الدوام تحت تأثير الاحساسات المرعبة المحزنة ويلاحظ بالذمة مع الرعب جميع وظائف جسمه مثل المصاب بالايبوخونداريا ويكتسب هيئة كهيئته لا يعتبر بانه مصاب بالايبوخونداريا ولا هو ايبوخونداري فان اخلاقه وهيئته المتغيرة تطابق أحواله الظاهرية

المتغيرة ايضا ولا تخالف أفعاله العقلية قبل الاباحة بذلك السر والتغيرات
التي تحصل في الدماغ والمجموع العصبي في هذا المرض ليست معلومة الى
وقتنا هذا فان التغيرات التشريحية الاساسية لهذا المرض مجهولة
لنا كالتي للاستيريا وبالنسبة لاسباب هذا المرض فقد تكون
مؤثرات عقلية او جسمية عند وجود استعداد لذلك والاستعداد للاصابة
بالايوبوخونداريانا درجدا الى سن الطفولية ويكثر حصوله عند الشبان
وفي بداية سن الطفولية ثم يتناقص بالتدريج في السن المتوسط من الحياة
ويقل جدا عند الشيخوخ واصابة النساء به اندر من الرجال ولواته لا يندرج مع
حالة كآبة عند النساء المصابات بالاستيريا مشاهدة ظواهر عقلية على صفة
ايوبوخوندارية وفي مثل هذه الاحوال يتعسر التمييز بين الاستيريا
والايوبوخونداريا بل يتعذر بالكلية

وبعد من الاسباب المهمة للايوبوخونداريا الانفعالات النفسية الشديدة
والمشايق العقلية والحزن المستطيل والمؤثرات المضدقة وبعض الامراض
الجسمية يحدث الايوبوخونداريا بسمولة دون غيره من الامراض وذلك
كأمر امراض الاعضاء المضمية لاسيما التزلات المعدية والمعوية المزمنة
والتغيرات المرضية في الاعضاء التناسلية لاسيما السيلان المنوي والسيلان
المجري والداء الزهري وفي هذا الاخير يعتبر التأثير العقلي المحدث
للايوبوخونداريا أقوى من التغيرات المرضية المدركة ثم ان الامراض
المد كورة لو كانت تكفي بانفرادها في احداث الايوبوخونداريا لكان عدد
المصابين بهذا المرض عظيما جدا ولكن حيث ان تلك الاسباب تعتبر متممة
فقط ولا تحدث الايوبوخونداريا الا عند وجود استعداد بني مخصوص
فلا يستغرب عدم تناسب بين كثرة حصول التزلات المعدية والداء الزهري
والسيلانات المنوية وبين حصول الايوبوخونداريا وعين ذلك يقال بالنسبة
للمؤثرات العقلية كقراءة الرسائل الطبية الاهلية والاستغفال العقلي
السديد بالامراض المتسلطنة تسلطنا واثيا او مصيبة لبعض الافارب

❦ لاعراض والسير

الايوبوخونداريا تظهروا غالبا بالتدريج في الابتداء يوجد عند المريض

احساس مرضى مقصوب بحالة ضجر غير معينة وذلك يحدث عنده قلقا
وعدم راحة بدون تكدر في قوته الجارية ويكون له قدرة في الحكم
على نفسه وكل من الضجر وعدم الراحة لا يكون مستجرا في ابتداء المرض
بل يخفى تارة ويظهر أخرى بشدة عظيمة وكلما كان الاحساس بالضجر
عظيما ازداد التفات المريض الى الفحص عن ينبوع الاحساس المرضى
فيبحث عن لسانه وبوله وبرازه وحدنبضه ويدقق في البحث عن جميع
احساساته الغير الطبيعية فكل امر غير طبيعي مهما كان واهيا كارتقاء
الحسرة القليل وتعلية اللسان الخفيفة والمعن الواسع الرقعي والسعال
الخفيف ونحو ذلك يوقظ الرعب عنده وذلك لالكونه يتكدر من تلك
الظواهر زياد عن غيره من الأشخاص بل لكون هذه الظواهر يظهر انما
تدله على ينبوع احساسه المرضى فيوما يظن انه مهتد بالاصابة بالاسكته
الدماغية ويوما آخر يمرض في المعدة او بالسل الرئوي او بافة عضوية في
القلب وغيرهما من الامراض الثقيلة التي تكون دائما بنسبة احساسه
المرضى الثقيل فيجتهد على الدوام في قراءة النصائح الطبية او غيرها من
كتب الطب لكنه بدلا عن كونه يحدد فيها ما يعينه على تسكين روعه
يحدد امراضا لم تكن معلومة له فيظن انه مصاب بها وكما تسلطن هذا
المرض اذا اضطراب القوة الحسية عند المريض بالنسبة لصحته
وحيث ان البراهين العقلية لاتزيل الاحساس بالمرض عنده فلا يكون فيها
طائل فربما يكون الطبيب ترك المريض بعض ساعات بعد ان استعمل كل
جهده في التأكد بان حالته ليست خطيرة ثم يأتيه منسوب من طرف
المريض او خطاب يدعو الى المبادرة اليه ثانيا بالقول بان حالته اهتراسا
تغير واضح وفي احوال اخرى شيئا التي يوجد فيها تغير مرضي في احد
الاعضاء ولو واهيا لا يفسر المرض المصاب بالايبوخونداريا تهو رايته
بسرعة بل تبقى تصوراته قاصرة على مرض مخصوص ولا تبرح افسكاره
ملازمة له والاحساس المرضى الثقيل عند المصابين بالايبوخونداريا
لا ينافي وجود الامل عندهم في الشفاء ولذا ان المصابين بهذا الداء
ينسدر أن يقصموا حياتهم بنفسهم ولا يملون من استشارة الاطباء واتباع

طرق علاجية مختلفة بل قد يكون الامل في الشفاء عندهم عظيما جدا
ويكون ذلك هو السبب في سرورهم بحيث ان مثل هؤلاء المرضى يظهر
السرور العظيم ولومع استنمرار الاحساس المرضى عندهم لكن هذه
الفترات تكون غالباً وقتية وتظهر عند الالتجاء الى ما يبيب جديد أو عند
الشروع في اجراء طريقة علاجية مستجدة لكن عما قبل من الزمن يعودون
الى سوء الخلق والكدر

وكل من التعبيز الوهي في الاحساسات والحكم خطأ على حالة جسمهم
يكون عبارة عن هذيان حقيقي فان ينبوع كل منهما تكدر الاخلاق
المرضى كما هو الواقع في التصور الجنوني في غير هذا المرض من الامراض
العقلية كما قاله (جرسجر) ولا يبوخونداريا مشاهدة عظيمة
بالاستبصار بالنسبة لوجود عدة مكابدات تعرضها المرضى على الاطباء
وتصفها وصفاً دقيقاً فثقا عن الحد مع كون نتيجة البحث الدقيق عنهم بالعلامات
المذكورة لا يستدل منها على شيء غالباً وكذا يوجد في الايبوخونداريا
اضطرابات وظيفية في الاجزاء المختلفة من المجموع العصبي ولا سيما
في الاجزاء الحساسة منه فتظهر آلام وثورانات حسية في كل جزء من الجسم
كالاحاساس بالضغط والتمزق والوخز والتنمل والحرارة والبرودة والخذز
والقشعريرة والنهض ونحو ذلك وكذا تظهر اضطرابات في الحواس العالية
كازدياد الاحساس وتناقضه فيها والهلوسة والطنين وفي غيب ذلك من
الاحوال يكون معظم شكواهم من الدوار والاعياء وقد تظهر بعض
اضطرابات في اعصاب الحركة فتشاهد ظواهر تشنج او تقلصات في بعض
العضلات وأما ظهور التشنجات العامة أو الشلل فتسادر جداً وظهورها
يدل غالباً على مصاعقة استيرية وجميع هذه الظواهر يكون ينبوع الكدر
عظيم او ضجر غير مطاق عند المرضى

والايبوخونداريا مرض مستطيل غالباً فقد يستمر طول الجياة ومع ذلك
فقد يشاهد عند الشبان على الخصوص نوب ايبوخوندارية وقتية تتردد بدرجة
مرارة وتزول بعد قليل من الاثمن وسير هذا المرض يظهر فيه ولا بد بدرجة
ثورانات وانفجارات على التعاقب بل قد توجد فترات تامة فيها تكون

الحالة النفسية جيدة للغاية وهذا المرض لا يرتقي في معظم الاحوال الى درجة عظيمة جدا بحيث ان المصابين به يمنعون عن تسميم اشغالهم بل كثيرا من هؤلاء المرضى من يكون له قدرة الحكم على نقدة بحيث لا يعلم حالة تكدر افكاره الا من كان قريبا منه بالسكينة واما في الدرجات المتقدمة من هذا المرض فقوة الحكم على النفس تفقد منه بالسكينة فمثل هؤلاء المرضى تنشأ افكارهم فلا يشغلون بمحاولهم ويزهدون في صنائعهم بل وعائلتهم ولا يبتكون لهم ذوق الا في وصف احساسهم المرضى والفهم عن يقبوعه وبعضهم يفقد الجزاء بحيث لا يمكنه المشي في الطرق خشية رجوع النوبة ولا الاقامة في مكان مطلق (وهذا هو المبرع بالارغب من طلاقة الهواء) فلا يترك فراشه ولا كرسيه ومع هذا فالمرضى لا تتغير سمته ولا تغذيته الا فيما بعد لكن كثيرا ما يضطرب كل من الشهية والنوم ويكون المضم غير تمام مصحوبا بضيق في القسم الشراسقي وتكون غاز مع اعتقال في البطن بحيث كثيرا ما يتعثر الحكم بان كانت الاضطرابات النفسية سببا لهذا المرض او نتيجة له ومن النادر ان تؤدي الايويوخونداريا الى الهلاك ما لم تطرأ مضاعفات اخرى من جهة الاعضاء المهمة كما يندر أيضا حصول المخطاط عظيم في القوى ونفاضة من ازيد ايا اضطراب التسفدية ولا تؤدي الدرجة العظيمة من الايويوخونداريا الى الجنون الواضح الا في احوال استثنائية

وينبغي للطبيب عدم التراخي في دقة البحث عن جميع جسيم المصابين بالايويوخونداريا فان هذا المرض لا يندر ان يكون ناشئا عن تغير عضوي واضح به يتم التشخيص وهما ينبغي ذكر معرفة كون لفظة ايويوخونداريا ليس عند المرضى منها تصور واضح اذ كثير منهم من يستترئ بهذه التسمية بل يضجر عند ذكر الطبيب له بالامصاب بالايويوخونداريا فالشخص المصاب متى تراءى له ان المستريض ليس مصابا بالام في الدماغ او تدهس في الخع او سرطان في المعدة او مرض من الامراض الذي يزعم انه مضاب به يعتبر ان جميع مكابده وهمية حيث انه لا يميز بين الاحساسات المرضية للمريض المدركة حقيقة له وبين التوضيحات الكاذبة التي يعبر بها المريض عن احساساته غير الطبيعية

في المعالجة

قوة المعالجة في هذا الداء قاصرة كما هو المعلوم فانه ليس لنا واسطة علاجية
نوعية كافية في ازالته والاطباء وان شاهدوا بكثرة حصول شفاء تام مستمر
في كثير من احوال الايبيوخونداريا لا سيما عند الشبان فانه من المحقق
انه هذا الانتهاء الجيد في كثير من الاحوال انما يتعاقب بحالة مخصوصة
بالجسم ومع ذلك فمن الخطأ القول بان الصناعة في الحصول على ذلك ليس لها
ادنى دخل وانما الطرق لاثالة ذلك تختلف اختلافا عظيما بحسب الحالة
الراهنة وتحتاج لفطنة تامة عند الطبيب وذلك لعدم وجود جوهر نوعي
دوائي ويظهر ان اول واجب على الطبيب معرفة السبب الاصلى وازالته
ومن الشاهد بكثرة ان أحد الاسباب السابقة ذكرها سواء كان عقليا أماديا
مضى فيبقى انه هو المحدث لهذا المرض ويكون مستمر التأثير بزل بزاله فعند
الاشخاص الايبيوخونداريين غير الضعفاء والمدمنين على التغذية الجيدة
والصالحين باضطرابات معدية وامسالة واحتمل ان دموى في البطن السفلى
وبواسير ونحو ذلك ينبغي تنظيم التدبير الغذائي وتطبيقه لهم والايحاء
بالرياضة مع استعمال بعض مقادير من ملح جالبر أو بعض المياه الكالورية
الضوذية الطبيعية (كماء مارين بادوكستين وهو موزع ونحوها)
او بعض المياه الكبريتية اذ ان استعمال ذلك حينئذ تنفع عنه ثمرة عظيمة
وفي احوال اخرى تكون هذه المعالجة غير صائبة بل مضرة وحينئذ ينبغي
استعمال بعض مياه الينابيع الجسدية ومن الجيد اجرأوه في جميع
الاحوال لمنع المرضى من جميع الاحوال المخالفة لما يلزمهم الصحية ووضعهم
في شهر وط صعبة جديدة ومن هذا الغبيل منهم عن أشغالهم الجسدية
الشاقة والمنبهة وامرهم بالسياحة والسكنى في الخلوات والجبال مع المعالجة
بالمياه المعدنية جاما أو شربا وأشهر الطرق العلاجية في ذلك المعالجة بمياه
كارلوسبادية الجسدية او بالحمامات الباردة في الممرضة في حالة
ضعف أو توران في الحساسية بحيث تكون برودة المياه الباردة مضرة بهتمته
وفي مثل هذه الاحوال تستعمل المياه الكالورية الضوذية الفاترة
ومن اهم الامور في هذا المرض الاعتناء بالمعالجة العقلية وذلك بان يثبت

للمريض خطأ تصوره بأنه مصاب بأحد الامراض العضالة وأنه على شفا
فقد الادراك والطبيب حينئذ وان لم يكنه شفا المريض بذلك لكونه لا يتيسر
له ازالة الاحوال المترتب عليها الاحساس المرضى عند الايبوخونداريين
الا انه بذلك يوجد للمريض هذه واطمئنان ولو كان وقتها ولذا ان كثيرا
من المصابين بالايبوخونداريا من يرغب في تكرار اسشارة الطبيب

وهناك معالجة جيدة في هذا المرض وهي تحويل افكار المريض عن
تصوراته بان يوصى بالرياضة الجسمية والقيامية الطيفية بحيث يمنع عن
اشتغال افكاره بالاحساس المرضى وهذه المعالجة تنجح في الاحوال الخفيفة
من هذا الداء بشرط أن تكون موافقة لحالة اشتغاله وتصوراته فمثلا
لو اشغلنا أحد العلماء او التجار بنشر خشب اسأمر ذلك معه فان اشتغال فكره
بنشر الخشب لا يجسدى عنده نفسعا وفي اثناء النوم الايبوخوندارية
الشديدة لا تنمر طريقته تحويل الافكار بل ان جميع طرق التبلاهي
والانشرح تزيد في شدة المرض

وعندي مشاهدة كثيرة الفائدة من هذا القبيل وهي مشاهدة رجل ارناو طي
صفحة البنية يبلغ من العمر اذذاك نحو ٥٠ سنة مقيم في مصر من عهد قديم
اعتراه في سنة ٧٨ هجرية ايبوخونداريا شديدة على شكل نوب متوالية
والعدم وجود تغيرات واضحة عنده في الاعضاء المختلفة الباطنة نسبت
حصول هذا المرض له لانفعالات نفسية واشتغالات عقلية وذلك هو الواقع
وكان في اثناء الفترات يتشكى باضطرابان هضمية خفيفة ألجأته
لاستشارة عدد عظيم من الاطباء واتخاذ طرقا علاجية مختلفة واما في اثناء
النوب فكان يشتكى باحساسات عجيبة كتدمل الاطراف وارتفاع الحجاب
الحاجز وانخفاضه والصبح والقلق والرعب الشديد والاحساس بانطفاء
التنفس وزوال النبض فكان يرتجني اذذاك بتكرار الطبيب باره الى خادم بعد
الآخر حتى كان يخيل له ان كل نوبة طرأت عليه اشد من الاولى وبها تنتهي
الحياة فاستعملت له وسائل علاجية متنوعة كتحسين حالة القناة الهضمية
ونظّم التدبير الغذائي واعطاء المياه المعدنية المسهلة والقلوية والرياضة
وتعاطى بعض المنومات (كبيض فقط من الايتير وصبيغة الكاستور ونحو

ذلك في اثناء النوبة والوسائط العقلية في ازالة تصوراته الوهمية بانه مصاب بمرض عضال فلم يكن يحسد ذلك نفع الا وقتيا فانه حين حضوري واستعمالي لتلك الوسائط كانت تزول نوبته ويزعم حصول الشفاء لكن عما قليل من الايام تعود النوبة حتى كدت ان اضيق ذرعا فالتجأت الى استعمال الطريقة المحولة لافكار وذلك بان في النوبة الاخيرة بدل ان أسكني روعه والاطفه في العلاج زدته رعبا على رعبه وقلت له عند جس النبض ان النبض حالا للضعيف وأخذ في الضعيف يادقوان التنفس للضعيف الغاية وان الحالة للخميفة وتجاهلت في السؤال كقول له أهمل لك بستان في منزلك فقال نعم مع الاضطراب فقلت وهل موجود به غاق وفاس فقال نعم فقلت هلم واعزق في البستان حتى يعود النبض المنطفي فأمرع الى ذلك متكئا على خدمه الى ان وصلنا الى البستان وهناك امرته بالعزق ففعل وكان اذذاك يدعي بان الهواء قتله في جالة العزق فأمرته بالتمادي على ذلك حتى اشتد تعبها وزاد نصيبه وغرز عرقه فزال بذلك نوبته فأمرته مع التشديد والتدقيق والحاضرين معه انه ان عادت النوبة اليه فلا يسيل الى ندي ثانيا خوفا من اضاعه الوقت فيه لا يجدي بل متى عادت يلزمه أن يسادر الى العزق فتبادى على ذلك وشفي وهو الآن في صحة جيدة

﴿ فصل ﴾

* (في أمراض الجلد) *

حيث كانت التسغيرات التي تعترى الجلد في الامراض التسممية الحادة والمزمنة مبسطة مع باقي امراض الحصبية والقرونية والجدرى والتهيفوس والداء الزهري وباقي الامراض التسممية لكونها عابرة عن بعض مجموع الاضطرابات الغذائية التي يحدثها التسمم العام في تلك الامراض فلا تعرض للكلام عليها هنا

ولما كانت الامراض الجلدية بكافى امراض الاعضاء الاخر تختلف باختلاف التغيرات المرضية التشريحية التي تنتج عنها فلنقسمها امثلاها وتنسكها على ضخامة الجلد وضموره ثم اختفائه وانبثته ثم التزيف والالتهابات ثم التولدات الجديدة والطفيلية لكن حيث انه يمكننا مشاهدة

اختلاف شدة تغيرات الجلد المرضية وامتدادها زيادة عن تغيرات غيره من
الاعضاء وكان ملاحظة بعض الافرازات الجلدية المرضية الغير المصحوبة
بتغيرات جوهرية مدركة كانت يتردد الاثر من الجلدية عن بعضها سلبا
بالنسبة لغيرها من الاعراض الاخر وحيث جرت العادة بتسمية الامراض
الجلدية باسماء مخصوصة غير التي تسمى بها التغيرات الغذائية المشابهة لها في
الغشاء المخزناغ لتباين ذلك ونعم له على الدوام الاسم المطابق للتغيرات
التشخيصية المرضية واما تقسيم كل من الامراض الجلدية الى انواع عديدة
تحته فلا فائدة فيه ولا تذكرة الامع الاختصار

في ضخامة الجلد على العموم

اما ضخامة الجلد التي يحصل فيها هذا التغير في جميع اجزاء الجلد كالنسوج
الخلاوي والاوعية والاعصاب والبشرة والشعر والاجربة الجلدية فلا تظهر
الا فاصرة على بعض اجزاء الجسم مكمونة لتغيرات خلقية كالجلطات
المرتفعة على سطح الجلد والجلطات الجلدية الرخوة ومع ذلك فلا تكون
الضخامة في هاتين الحالتين بذرجة واحدة في جميع اجزاء الجلد بل في
أغلب الوجات والجلطات الجلدية الرخوة يشاهد ازيد تكون في المادة الملونة
والشعر بحيث انها تنفتح بلونها الاسمر أو المسود و بشعرها الكثيف العظيم
الناشئ منها

وكثيرا ما يشاهد غواخلية البشرية القرنية و تراكمها على بعض اجزاء الجسم
ومن ذلك تقيش التيبسات الجلدية والثآليل اى عين السمكة والقرون
الجلدية فالتيبسات الجلدية عبارة عن ارتفاعات سطحية مفرطة من
دائرتها بالتدريج ذات هيئة قرنية وشكل مستدير أو غير منتظم والجلد
السكناسف منها اما أن يكون طبيعيا او قليل الاحتقان وتكون هذه
التيبسات في المحال المعرضة لضغط غير منتظم ولذا تشاهد في العقبين
وفي الخصر القدامين عند كثير من الناس وفي ايدي الحدادين وغيرهم من ارباب
الصنائع المفتقرة لعمل اليد وفي سبابه الخياطين وغيرهم واما عين السمكة
فهى عبارة عن ارتفاعات قليلة الامتداد صلبة جيدة التماسك ذاب شكل
مخروطي تحدث نوع ضمور في الجلد بسبب انضغاطها فيه بواسطة النعال

وأما القرون الجلدية فقيم انصل ضخامة الطبقة البشرية في صفر محدود عنه
الدرجة عظيمة جدا ومع ذلك توجد قرون جلدية غير ناشئة من الحلمات
الجلدية بل من أجربة شعرية ممددة وتكون حينئذ عبارة عن شعرة في حالة
تموضع ضخامة عظيمة جدا وأما الضخامة المنتشرة للطبقة البشرية المتعلقة
بنمو في الجسم الحلي وتعرف بالبريازس ان كانت خفيفة او بالا كيموزس
ان كانت درجتها ثقيلة فسنشرحها بالبيان التالي في مجيئها

ثم ان اللون المسمى الحلي لبعض الاشخاص انما ينتج عن كثرة تكوين المادة
المالونة الممجرة في حالات الشبكة المبيجة كما انه قد يشاهد عند كثير من
النساء حالة خلقية غير طبيعية فيما تتركب المادة المالونة الممجرة في محال
محدودة من حالات الشبكة المبيجة فينشأ عن ذلك لطف أو يقع منهرة
او مسودة تعرف بالامتافان كانت هذه البقع عظيمة الحجم سميت بالوجوات
وان كانت صغيرة في حجم العدسة سميت بالنكت الكبدية (وتعرف بالخال
او الشامه) وهذه البقع الممجرة عظيمة كانت او صغيرة التي هي غير موهوبة
بضخامة في الادمة الجلدية وغير مرفعة عن سطح الجلد كثيرا ما تكون
موهبة بشعر غزير وتكوين المادة المالونة الثمراء يزداد عند كثير من
الاشخاص بتأثير ضوء الشمس وحرارتها وبالرطوبة والارياح وبذلك يكتسب
جلد الاهضاء العارية عند العساكر والزراعيين والملاحين لونا مستمراسمويا
عادة ومن الغريب ان المادة المالونة السمراء قد لا تزداد بتأثير الاستسباب
الذكورة عند بعض الاشخاص بحيث يقال ان الشمس لا تؤثر عادة فيهم
بمعنى انهم لا يمتزجون من الشمس اى لا يسمزون منها وما عسر توجيده ان
المادة المالونة المذكورة لا تزداد بتأثير ضوء الشمس وحرارتها ولا بالرطوبة
والارياح عند بعض الاشخاص خصوصا الثقري ذوى الشعر الاحمر واللون
الابيض جدا الا في اصفار محدوده بحيث تتراكم المادة المالونة فيها وتكون
في وجوههم وايديهم بقعا مسرة منه تديرة كثيرة الكثرة او قليلا في اثناء
الصيف ولوانق وحرارة الشمس بواسطة الشعبيات مثلا وهذه البقع تسمى
بالبقع الصيفية وكان جلد الملاحين المتلون بالسمرة تتناقص سمرة في
اثناء الشتاء وعند مكثهم في بيوتهم فكذا يزول لون البقع الصيفية زوالا

تدريجياً في أثناء الشتاء أو بفقد الكلية وقد يتيسر إزالة البقع السمرة الصيفية بواسطة الجواهر الدوائية التي تصدث زوال الطبقة البشرية مع الطبقة السكائنة أسفل منها المتراكمة في المادة الملوثة السمراء الا انها تعود بعد بعض اسابيع متى تعرض الجلد لآثار السابق ذكرها

والغسلات المستعملة بكثرة في مثل هذه الاحوال ليست الا وسائط مخسنة للجلد وقتياً وكذا يقال في المكدمات الموصى بها من المعلم (هيرا) المكونة من خمس قمحات من السليمانى الاكال ووقية من الماء المقطر (اعنى ٣ ديمى جرام على ٣ جرام) وهذه المكدمات تستعمل مدة بعض ساعات مع الاحتراز من كون الرغائذ المغموسة في محلول السليمانى تكون ثنيات على الجلد عقب استعمال ذلك ومتى حصل التهاب شديد في الجلد عقب استعمال ذلك وجب تغطيته برغائذ مغموسة في الزيت فبذلك تزول البقع الصيفية في قليل من الايام (وذلك حال تغلس البشرة) وكثيرا ما تكون عند النساء الحاملات والمصابات بامراض في الاعضاء التناسلية بقع مسمرة على الجبهة والشفة العليا تسمى بالبقع الرجعية وهذه البقع تزول عقب الوضع عند أغلب النساء وقد تمكث مدة طويلا أو تستمر على الدوام عند بعضهم وهذه الظاهرة غير واضحة التوجيه بالكلية كما زاداد المادة الملوثة السمراء حول الجمجمة لدى عند الحاملات وفي الخط الابيض للبطن

وزيادة على الضخامة المنتشرة للجسم الحلى في المرض المعروف بالاكتيوزس اى الداء القشرى يوجد تضخم قاصرة على بعض الحلمات الجلدية مصحوبة بنمو زائد في الطبقة البشرية المغطيتها وذلك يؤدى لتكوين ما يسمى بالثآليل او بالطحخ العربية فالثآليل تدشأ عن استئطالة عدد قليل من الحلمات الجلدية وبانضمامها لبعضها تكون البقع الصيفية في ايام قلائل مع تغلس البشرة وتكون مغطاة بطبقة بشرية كثيفة صلبة واذا حصل انفصال في الحلمات الجلدية المتكونة من الثؤلول وتغطي كل منها على حدة بطبقة بشرية توهنت الثؤلول متشققة ذات ألياف

واسباب تكوين الثآليل غير واضحة وعدم النظافة ليس له الا تأثير قليل

جدالى احداثها فانهم قد تظهر بسرعة عند الاثخاص النظيفين جدا
وتنتشر على جلد الابدن خصوصا بعدد عظيم كأن علته زال هذه الحلمات
أحيانا زال الامر بغير واضحة والعامة تنسب ذلك عادة لتأثير بعض الوسائط
الاعتيادية أو المهبانية

وأما للطحخ العريضة فتتميز عن الحلمات بكون الحلمات الجلدية فيها
لا تستطيل فقط بل يخرج من جوانبها مع ذلك تولدات جانبية ولا تكون
مغطاة بطبقة بشرية سميكة وتنقسم الططحخ العريضة الى شكلين أحدهما
الابرية والثانية المفرطة فالاولى أكثر ما تشاهد في الغشاء المخاطي لقناة
مجرى البول والمهبل وبعض محال من الجلد المتدانة باقر ازا سيلان المجرى
أو المهبل وشكلها اما ان يكون تونيا أو قرنيطيا او ذاهية شبيهة
بعرف الديك اذا كانت معرضة لضغط جانبي والطحخ الابرية تحتاج لمعالجة
موضعية

وأما للطحخ المفرطة فتكون بنها شبيهة بالطحخ الابرية غير ان تكون ارتفاعات
سطحية ومفرطة ولها ميل عظيم للتقرح السطحي وأكثر ما تشاهد هذه
الطحخ في الشفرين العظمين والعنق وبين الاليتين ويندر مشاهدتها
في الشفتين وبين اصابع القدمين وحيث انها تمانق بمعرض بني عموى
فانها تحتاج لمعالجة عامة رهرة لا موضعية

وأما الضخامة المحدودة للذسوج الخسوى المكون للادمة فينشأ عنه
ما يسمى بالبيوبوس الجلدى وما يسمى بالاورام الميفية الرخوة البسيطة
التي تكون احبانا أوراما عقيمة يابسة وهناك نوع آخر من ضخامة الادمة
الجزئية ينشأ عنه اورام غير منتظمة ذات قوام ندي تسمى بالكلويد
وبتميس الادمة

وأما ضخامة الجلد المنتشرة والمذسوح الخسوى تحتد فينشأ عنهم ما يسمى بداء
الفيل العربى الذى سنتكلم عليه في المبحث الثام مع التفصيل

وأما نمو الاوعية الشعرية للادمة ونضجها التي تصطبغ احبانا بضخامة
في المذسوج الخسوى فينشأ عنه الططحخ واورام حمراء ومزرة ومجرى الجلد
يعرف بالاورام الانتصائية وهذه الاورام اما ان تكون خلقية (اي اورام

انتصاية خلقية) او انما تكون عقب الولادة بزمن قليل وتنقسم هذه
الاورام الى شكلين أحدهما الشكل الذي فيه تبقى على حالتها بعد ان
وصلت لجسم معلوم بدون تغير والثاني الشكل الذي فيه تنمو وتغوثا تدريجيا
وتؤدي لحصول انزعة غزيرة عقب غزق الاوعية الشعرية المتعددة تمدا
زائدا عن الحد

واما ضخامة الشعر وتغوثه وضخامة الاجربة الجلدية في اصفار محدودة من سطح
الجسم فتسكاد تصاحب على الدوام الاضطرابات التغذائية التي ينتج عنها
أغلب البقع المسمرة أو الوجات وأما نمو شعر الدقر أو العانة نمو زائدا مع
تقدمه في الظهور عن وقته وظهور الشعر في جميع سطح الجسم أو في بعض
أجزائه ظهورا غير مضاعف بامراض أخرى فيه من المستغربات والنجائب
لا كمرض

وبعض ضخامة الاجربة الدهنية الشعرية وتعددها وامتلائها بجسيمات بشرية
مفرطة وبكرات دهنية شفاقة تنشأ أورام تسمى بالاورام البشرية الرخوة
وهذه الاورام التي تكون في حجم الحصاة تكون مغطاة ابتداء بالجلد
السايم ثم يتوزع الجلد المغطى لها عند نموها ويحمر ويخضب من مركزه على
هيئة قم صغير ويظهر في محيطها أورام جديدة بحيث يغطي الجلد فيما بعد
بعدد عظيم منها وهذا الامتداد المستمر والعدوى المحققة في بعض الاحوال
يثبتان عدوى هذا المرض عند بعض الأشخاص والاصل الحامل للجوهر
المعدى يظهر انه موجود في الجسيمات الدهنية السابق ذكرها وتسميها
العوام (السنت المعدى)

❖ البحث الاول ❖

❖ (في الضخامة المنتشرة للجسم الحلي والبشرة المعروف بالاكتيوزس) ❖

❖ (اي الداء القشري السمكي المعروف بالتسمك) ❖

❖ (كيفية الظهور والاسباب) ❖

قد ذكرنا فيما سبق ان ازدياد تكون البشرة وتغوثها في الداء القشري انما ينتج
عن ازدياد وغوث الجسم الحلي والبشرة واللدمة ازدياد مرضيا ثم ان المعلم

(بريسبر ونج) الذي اشتغل كثيرا بالامراض الجلدية واتبعنا أشغاله في هذه المباحث ميز للتسمك شكلين الاول الشكل الخلقى اى الايكيتوزس الخلقى الذئبيه تولد الاطفال مغلفة بطبقة قرنية سميكه والثانى الشكل العارضى لهذا المرض اى الايكيتوزس العارضى أو الحقيقى وفى الشكل الاول تولد الاطفال ميتة أو انها تموت حالاً عقب الولادة وبالمبحث يتضح ان الطبقة القرنية المغطية لها اكتسبت الصلابة واستحالت الى مادة قرنية يابسة من ابتداء زمن الحياة الرجمية بسبب اختلاط الطلاء الدهنى المكون من الاخيلية البشرية والطبقة الدهنية وانضمام اجزائه الى بعضها ومن الواضح ان هذه الطبقة القرنية العديمة التمدد لا تكفى في تغطية الجنين عند نمو جسمه فتتجزأ الى جلبة أجزاء وفشور تعوق نمو كثير من الاعضاء كالانف والشفتين وصيوان الاذن واصابع اليدين والقدمين وفى الشكل الثانى يظهر ان ضخامة الجسم الخلقى الناتج عنها هذا المرض حالة مرضية وراثية وعدم مشاهدتها فى ابتداء السنة الاولى من الحياة انما يحصل من كثرة مراعاة النظافة الجلدية عند الاطفال فى هذا السن وبالمبحث يرى ان كثير من الاطفال المصابين بهذا المرض ورثه عن ابويه أو اقارب مصابة او كانوا مصابين به سابقا

وزيادة عن الايكيتوزس الحقيقى الذى يكون منتشرا على معظم سطح الجسم توجد أشكال خفيفة أخرى من الايكيتوزس العارضى تكون قاصرة على بعض أجزاء الجسم وتصاب داء الفيل عادة

في الاعراض والسير

يكون الجلد فى الاشكال الخفيفة لهذا المرض بدلا عن منظره الاملس ذا منظر خشن ويغطى بقشورقة مبيضة وهذه الاشكال الخفيفة من هذا المرض المعترف بها لفظة بتريازس اى الداء التهامى الخفائى وهو الذى يكون تغلس البشرة فيه ناتجا عن ازدياد تكون الطبقة البشرية لاهن تغيرات مرضية أخرى وذلك يعرف من الحالة العامة للمريض وفقدن واهر احتقان الجلد أو التباه وعدم تفسير افرازه وافراز اجربه الدهنية ومعظم احوال تغلس قروة لرأس التى فيها يصير شعر الرأس مختلطا بقشور رقيقة

وتتغطي باقي الملابس بها كذلك فليست ناقصة عن ازدياد في تكون البشرة
بل عن حالة التهائية خفيفة في الجلد وكذلك تغلب بشرة جلد السيدين
والقدمين يفتح عادة عن التهاب معاعي خفيف ومنشرح ذلك عند الكلام
على الاجزما

واما الايكيتوزس الحقيقي فانه يحصل فيه انفصال البشرة على شكل قشور
عظيمة نخرية دائرية بسبب تلوثها بالمادة الملونة المسمومة وساختها في اعلى
درجة هذا المرض تكون البشرة لها قارية وارفعات حلوية مديية
كالشوك ولذا يميز بعضهم الايكيتوزس الى جسملة الشوك كالالايكيتوزس
البسيط والقرني والشوكي (المعروف بشوك الخنزير) وليس الامر كذلك
بل هي درجات مختلفة لمرض واحد وبعض اجزاء الجسم تبقى مصانة من هذا
المرض كالوجه وراحة السيدين وحفرة الابط والمابض والاربتين وأعضاء
التناسل وبعضها تنكث واصابته كالجهة الوحشية من الاطراف العليا والسفلى
وخصوصا فاسم الركبتين والمرفق وهذه عدم شاهدة هذا المرض عند
الاطفال المهاجرين المولودين جديدا انما بوجه كمال الشهر (هيرا) يكون
الاطفال في بطون أمهاتهم توجد على الدوام في نوع حمام حار مستمر وبذلك
تفتقع الاخاية البشرية وتستريح ومن جهة أخرى يقال انه بسبب كثرة
وساختهم وتكرار استعمالهم لا يمكن تراكم الاخاية البشرية عندهم
بحيث لا يمكن معرفة المرض من ابتداء الحياة

في المعالجة

هذا المرض غير قابل للشفاء فالتا لا تعرف واسطة علاجية بها يمكن ازالة
مخامة الجسم الحلي وقد دلت التجارب المديدة على عدم نجاح كل من الزنج
والمركان الانيه ونيسة والقطران وغير ذلك من الجواهر الدوائية ظاهرة
كانت أو باطنية بحيث لا حاجة لتكرار التجارب بالجواهر المذكورة
وأحد شي يوصي المريض باستعماله الحمامات الحارة والبخارية كل يوم
مضافا اليها القلويات أو غير مضافا لذلك مع ذلك بالجواهر الدسمة
كزيت الزيتون والقطران أو الصابون المقطرن اذ بذلك تلبس القشور
ويسهل انفصالها ويمنع تراكم الاخاية البشرية

﴿المبحث الثاني﴾

* (في الضخامة المنتشرة للجلد والمنسوج الحساوى تحتها) *

* (المعروف بالبا كيدرعى او بداء الفيل العربى) *

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

التهاب الجلد التهابا متكررا ولا سيما المصوب بانسد ادمته كتر دأثم في الاوردة والاوعية الاليفتاقية يؤدى لاصول ثخانة اى ضخامة عظيمة في الجلد والمنسوج الحساوى تحتها الكائن بين اية في الجوهر العضىلى بل وسحقاق وعظام الاجزاء المصابة وهذه الحالة هى المسماة بثخن الجلد او بداء الفيل العربى بسبب غلظ الاجزاء المصابة وعدم انتظام شكلها وايس بينها وبين داء الفيل الرومانى اذنى مشابهة ولا اشتباه ولا نعلم لماذا ان الالتهاب المتكرر للجلد والاوردة مع انسدادها هى والاوعية الاليفتاقية ينشأ عنه فى بعض الاحوال داء الفيل وفى احوال اخرى لا ينشأ عنه ذلك كما وانه من المجهول علينا جدد الماذا ان تلك التغيرات تحدث هذا المرض فى بعض الجهات خصوصا الجهات الحارة الرطبة اكثر من غيرها

﴿الصفات التشريحية﴾

اكثر ما يصاب بهذا المرض الطرف السفلى فيوجد منه فتحة انتفاخا او ذميا ويا عظيما منتظما او غير منتظم بحيث يجاوز حجمه الاصلى مرتين او ثلاثة ويوجد الجلد فاقد الحركة فلا يتزحزح ويغطى بقشور بشرية سمكية فى الاحوال التى يكون فيها الجسم الحلى للجلد مشتركا فى الضخامة ومنسوج الجلد والجوهر الشحمى تحتها يكون مستحيلا الى مادة يابسة سمكية لثخمية وعند النظر اليها بالميكروسكوب توجد مشتملة على اخلية ليفية جديدة التكوين وعتقة وكذا الامضلات توجد ضامرة مكابدة للاستحالة الشحمية بسبب فقد شكلها والضغط الواقع عليها من المنسوج الحساوى المتكاثف المحيط بها وكثيرا ما يوجد انسداد فى الاوردة والاوعية الاليفتاقية او تمدد دوالى فيها أسفل محل الإصابة وعين هذه التغيرات التشريحية يشاهد فى اطراف العيا عند ما تكون مجاسا للاصابة وفى الصفن وتعرف حينئذ بالقبيلة اللحمية (وعند العامة بالقبيلة) وفى القصب وفى الشفريين العظيمين

في الاعراض والسير

داء الفيل ينشأ بظواهر التهاب جادى جرى أو بظواهر التهاب الاوعية الليمفاوية والوريدية وبعض الاطباء وان ذكر ان الظواهر الموضعية تسبق في هذا المرض بظواهر مرضية عامة اى حمية شديدة الا ان الظاهرة ليست خاصة بداء الفيل فانه في غير ذلك من الامراض الالتهابية كثير ما تكون الاعراض العمومية أكثر وضوحا في ابتداء عن الاضطرابات الوظيفية الموضعية للعضو المصاب ثم بعد انحطاط الاعراض الالتهابية الموضعية لا يعود العضو الذى كان منتهجا الى عظمه الطبيعى عادة بل يبقى فيه بعض انتفاخ ذى قوام عجيب رخو وبعدها أشهر تحمل نوبة أخرى ذات سير شبيه بسير النوبة الالتهابية الاولى يخلفها انتفاخ في العضو المريض زيادة عما سبق وكاما أكثر تكرار النوب وكانت الفترات بينها قصيرة كان العضو المصاب أكثر تغيرا في الشكل والثقل وحل محل الانتفاخ العجيب الناشئ عن الارتشاح الاوذيمياوى انتفاخ صلب جدا ناشئ عن تكون جديد من منسوج خلوى مندمج فاذا امتد داء الفيل من الجزء المصاب ابتداء الى الاجزاء المجاورة امتدادا تدريجيا عقب تكرار النوب شوهد في الطرف المصاب جميع درجات المرض والمرضى لا تشفى بالآل من تكرار نوب الالتهاب في الاجزاء المنتفخة التى كثيرا ما تكون مجاسا لالتهاب سطحي متكرر اجزئته اوى محبوب بنضج سائل تحت البشرة وعلى سطحها السائب ومن الواضح ان حركة الطرف المريض تكون متعيرة جدا في هذا المرض

في المعالجة

قد يحصل الطبيب على تحسن عظيم بل وشفاء لهذا المرض في الاحوال الغير العتيقة جدا وذلك بواسطة المعالجة اللائقة ففي أثناء نوب الالتهاب التى تظهر لهذا المرض ينبغي وضع العضو وضعا مرفعا وابقاؤه في هذا الوضع زمنا طويلا ولو بعد زوال نوبة الالتهاب ومع ذلك يستعمل التبريد بواسطة المكمدات الباردة أو الجليدية مع ذلك بالمسح الزيتي وعندئذ واله بالاكامة يشرع الطبيب في اجراء الضغط المنتظم الشديد وذلك بلغ الطرف

لفاحلزونيا بحيث ان كل لفة تغلف اللفة التي قبلها ويتبني الضغط به هذا
 الرباط الخلزوني ضغما قويا جدا فان المرضى تقهله بدون ضرر ولا مشقة
 والرباط من عادته يتزحج بسرعة والمدد او المنة منظمة على هذه الطريقة
 العلاجية كثيرا ما يحصل منه نجاح عظيم

وقد استعمل في العصر المستجد بقمصه غداء الفيل في الاطراف ربط
 الشرايين ولم ينفذ في نجاح ذلك الى الآن

واما الفيلة اللحمية للصفن التي فيها كثيرا ما يصل الصفن المتغير للركبتين
 ويصل الى ما ينفذ عن مائه رطل أحيانا فيتبني فيها ازالة الورم بالسلاح
 كداء الفيل المديب للشفرين العظيمين ايضا

﴿ثانيا﴾

(ضمور الجلد)

ضمور الجلد يشاهد بكثرة كظاهرة من جملة ظواهر التوركة العامة سواء
 كانت شيخوخية أو ناتجة عن امراض منهكة فغسدر فوه على هيئة ثقبية
 أو عند شقه بالشرط عند الأشخاص المنهوكين يوجد متناقصا الى السمك
 تناقصا واضحا جدا ويوجد الجلد زيادة على ذلك مغطى بقشوره من أخليسة
 بشرية منفصلة وذلك ليس ناشئا عن حصول ضخامة في البشرة مصاحبة
 لضمور في باقي اجزاء الجلد بل ذلك انما نشأ عن تناقص افراز اجزىة الجلدية
 بسبب ضمورها فانه بهذا الافراز تحفظ الاخلية البشرية في حالة تنسدية
 ورطوبة فانفصالها عند الأشخاص السليمة يحصل بكمية غير محسوسة
 ويظهر تراكمها على سطح الجلد عند المنهوكين وبعبارة أخرى يقال ان تراكم
 الاخليسة البشرية في الداء المعروف بآفة تريايز الضعفي اى تقلص البشرة
 عند المنهوكين لا ينبج عن زيادة تكوين الاخلية البشرية بل عن انفصالها
 بكمية مدركة

وقد يحصل ضمور الجلد ايضا عقب الضغط عليه اما من الظاهر أو الباطن
 مثل سلاعين السمكة ينتج عنها ضمور جزئي في الامة كما ينتج عن قشور السمكة
 أو بعض الحشرات التي تضغط على سطح الجلد وحيث ان الضغط الواقع
 من الظاهر على الجلد يحدث ضمورا في الجسم الحلي نرى ان مقصده الذي

هو الاخلية البشرية تتمكون بقلية في الاصفار المنضغطة وينعكس ذلك فيما اذا كان الضغط واقعا على الجلد من الباطن الى الظاهر كما يحصل في تمدد البطن العظيم عقب الحمل أو الاستسقاء الزفي أو انتفاخ بعض الاجزاء الاخرى المغطاة بالجلد اذ في مثل هذه الاحوال الطبقات الغائرة من الجلد ومجموعه الغددي هي التي تكابد الضغط واما تكون الاخلية البشرية فلا يحصل فيه ادنى اضطراب ولا شك في ان كلامنا البتريازم اى الداء الخالى الذى يحصل عقب الحمل أو الاستسقاء الزفي في جلد البطن والاطراف والبتريازم الضمفي انما ينتج عن ضمور الطبقة الغائرة من الجلد والاجرية الجلدية وجفاف تابعي في الاخلية البشرية

وقد يشاهد فقد جميع المادة الملونة من الشبكة المبيجة عند الاشخاص المعروفين بالالبينوس اى المصابين بداء البرص قد تفقد هذه المادة المذكورة من بعض اصفار الجسم بدون أسباب معلومة فتصير هذه الاصفار ذات لون ابيض لبنى مغاير بالسكينة للاحوال من الاجزاء لا سيما وان هذا يحصل عند الاشخاص السمر بكثرة (ويعرف ذلك عند العامة بالبهاق) وكثيرا ما يحصل ضمور في بصيلات الشعر وعلى الخصوص فروة الرأس فينتج عن ذلك سقوط شعر الرأس فاذا لم يمتد الضرر الى أن قد جميع البصيلات المذكورة لا يزول نمو الشعر بالسكينة غير انه بدلا من شعر الرأس القوي الساقط يثبت في البصيلات الضامرة شعرة رقيقة كالوبر يشاهد في الاشخاص ذوى الرأس العارية طمعا في رجوع شعرهم خصوصا اول صودف استعمال بعض الزيوت أو الدهانات قبل ذلك بمن سريظنون ان هذه الوسائط كثيرة الفائدة ثم ان انحلال شعر الرأس الناتج عن ضمور البصيلات الشعرية يسمى بتعرى الرأس اى الصلع الشيوخى لانه اكثر ما يشاهد عند الشيوخ ومع ذلك فليس من النساء رما شاهدة عند النساء ويظهر ان السبب في ذلك الاستعداد الوراثى ومن المشكوك فيه القول بان الاشغال الذهني المفرط والانفعالات النفسية المحزنة والافراط من الشهوات الزهرية يؤدى الى حصول ذلك فانه كثير ما يشاهد عند العلماء والاشخاص المتكادين لحزن عظيم مستطيل او المنهم كين في الذات شعر

عز في الرأس كما انه كثير ما يشاهد عند الأشخاص الخائبين عن
 الفكر والاشتغالات العقلية وذوى المعيشة الجيدة سقوط شعر الرأس قبل
 أوانه ومن الواضح انه لا يوجد في جوهر دوائى به يمكن رجوع بصيالات
 شعر الرأس كما يزعمه الدجالون وان هذا المرض غير قابل للشفاء وينعكس
 ذلك في سقوط الشعر التابع لبعض الامراض الحادة أو المزمنة التى ينتج
 عنها اضطراب وقتى في تغذية بصيالات الشعر فان مثل هذه الامراض
 لا تؤدى الى حصول فقد كل أو ضمور مستمر في البصبيالات المذكورة
 ولذا أنه متى زال المرض الاصلى والنتائج العامة التى احدثتها في البنية تعود
 بصيالات الشعر الى حالتها الطبيعية فينبى ثانياً واكثر الامراض التى تاجا
 للصلع هو التيفوس والداء الزهري ومع ذلك قد يحصل سقوط شعر الرأس
 ايضا عقب بعض الانتهايات الرئوية الثقبلة وغيره من الامراض المنهكة
 والحالة النفاسية تؤدى كذلك الى سقوط الشعر بدرجة خفيفة ويظهر ايضا
 ان شكل سقوط الشعر المحدود المسمى بالاكوبسيا (اى داء الثعلب)
 ينتج ايضا عن اضطراب وقتى في تغذية البصبيالات الشعرية وفي هذا المرض
 غير النادر يشاهد بقع مستديرة مختلفة العظم في الرأس وفي الذقن او غير
 ذلك من اجزاء الجسم بحيث يتخل الشعر من جلده ويسقط فيتركز عن
 ذلك بقع عارية عن الشعر محاطة باصفر ذات شعر غزير واسباب سقوط
 الشعر المحدود غير واضحة ايضا وقد دلت المشاهدات الجديدة على انه ليس
 ناتجا عن نبت من طفل والبقع المخلولة الشعر تغطي فيما بعد بشعر سليم
 واما سقوط الشعر الناتج عن التهاب الجلد والتولدات الطفيلية فمستحتم
 عليه فيما بعد

والشعر يكاد يفقد مادته الملونة عند الامراض المتقدمة في السن فيشاهد
 في الابداء فقد لونقة بعض الشعر الملون بلونه الطبيعى تبعاً للمشاهدات
 (شاتيس) ثم يمتد هذا الفقد بسرعة الى طول الشعرة بتمامها وفي بعض
 أحوال اخرى قد يفقد الشعر لونه دفعة واحدة في جميع امتداده ثم يزاد
 عدد الشعر المبيض شيئاً شيئاً الى أن يبيض جميعه ويفقد اذية الملونة ومن
 المستغرب عدم وجود مشاهدة اكيدة على كيفية حصول هذه الظاهرة

اي يبيض الشعر ولو كانت كثيرة الحصول جدا وهي معرفة الاسباب الناتجة عنها هاهنا لا تعلم هل الشعر الملون الاصلي يفقد لونه او انه يثبت شعر جديد ابيض من جذره وقد تفقد الشيبان احيانا لون شعرها بسرعة عن الشيوخ ويظهر ان يبيض الشعر بغير ادائه كسقوطه من غير اوانه ايضا انما ينتج عن استعداد دوراني ولوان كلا من الغم المستطيل والسكدر له دخل في ذلك وايضا فقد دلت بعض احوال فيها صار شعر رأس الشخص بتمامه ابيض في ظرف يوم وليسلة والغالب ان مثل هذه الاحوال غير اكدية المشاهدة وبولعم في معظمها

(ثالثا)

(في احتقان الجلد وانيميته) *

كمية الدم المحتوى عليها الجلد يعثر بها تغيرات عظيمة اكثر من باقي الاعضاء فان تعرض الجلد لاسباب المؤثرة على الدورة اكثر من باقي اجزاء الجسم وقد سبق الكلام في الجزء الاول على اضطرابات الدورة الجلدية اى على احتقان الشرايين والاوعية الشعرية الشريانية وامتلائها بالنشئ عن زيادة مجهودات القاب وعن احتقان الاوردة وامتلائها والاوعية الشعرية الوريدية اى السيانوز النشئي عن بطء مجهودات القاب وضعفها

ثم ان احتقان الجلد اعنى امتلاء الدموى التواردى ينشأ عن تعرض الجلد لدرجة حرارة مرتفعة وعلى الخصوص للحرارة الرطبة وعن تأثير بعض الجواهر المهيجة كالخردل والزراريج ونحو ذلك او عن اصابته بمؤثرات ميخانيكية ويظهر في جميع هذه الاحوال كما ذكرنا فيما سبق ان النتيجة الاولى لهذه المؤثرات هي استرخاء جوهر الجلد وان تمدد الاوعية وامتلائها بالدم هو نتيجة تنافس مقاومة المنسوج المحيط بها ثم ان كان احتقان الجلد عظيما بحيث يرى مجمر من خلال لبشرة المنطوية له سميت هذه الحالة بالايترعما وعلى حسب اختلاف هذا الاحرار بان كان ناشئا عن تأثير الحرارة او الخردل او الزراريج او نحو ذلك تسمى الايترعما الشمسية او السارية او التهيجية ولهذا يجوز تسمية احمرار الجلد النشئي عن اسباب ميخانيكية

بالارتبما الجر حية وجميع اسماء هذا الاحتقان الجلدي لاثرة فيها بل تؤدي
الى الغش والخطأ حيث ان احمراره المتعلق بتغيرات النهاية فيه يطلق عليه
لفظ الارتبما ايضا ثم ان احتقان الجلد المحدود يظهر ايضا كعرض ابتدائي
لاغلب الامراض الطاقمية الجلدية حادة كانت او مزمنة التي يحصل فيها
نضج على السطح السائب من الجلد اوفى خلاله وبالجمله تشاهد احتقانات
جلدية محدودة بكثره في بعض الامراض الحمية بدون أن يمكن توجيحه
هذه الظاهرة واحتقان الجلد في مثل هذه الاحوال يكون قاصرا على بعض
اصفار صغيرة محدودة غالبا بحيث تظهر نكت صغيرة حمراء مستديرة او غير
منتظمة في حجم العدسة او على شكل لطخ صغيرة مستديرة وتعرف حينئذ
بالوردية لكن هذا الاسم لا يطابق فقط على النكت الحمراء الناشئة عن
مجرد احتقان الجلد بل على الاحتقانات الجلدية المصحوبة بنضج في الجلد
ايضا المكون للحلمات صغيرة فيه فالوردية تصاحب التيفوس والحالة
للتيفوسية الهيمضة وغير ذلك من الامراض التسممية العامة ولا يندر أن
تصاحب بعض الامراض التزلية للعدة والامعاء خصوصا عند الاطفال
وبعض امراض الدماغ والرئتين المصحوبة بحمى والوردية تسمى عرضية عند
وجود سبب مدرك تنشأ عنه الحركة الحمية وفي غير ذلك تسمى وردية أصلية
أو ذاتية ومن هذا النوع تعدالوردية الحريضية والطغيبية (التي تصيب
الاطفال) وغير ذلك من أنواع الوردية الحلبية التي شرحها بعض المؤلفين
والاعراض الوحيدة لاحتقان الجلد هي احمراره وارتفاع درجة حرارته
والجزء المحمر بواسطة الاحتقان يزول لونه متى ضغط عليه واندفع الدم من
الاوعية الشعرية بخلاف الاحمرار الجلدي الناشئ عن نزف في جواهر
الجلد فانه لا يزول عند الضغط عليه فان كان الجزء المحمر مؤلما مع ذلك
وكان كثير الانتفاخ ولم يبق عقب الضغط عليه بقعة مبيضة بل بقعة مائلة
للأصفر او حصل بعد زوال الاحمرار تقلس في البشرة لم يكن الموجد حينئذ
مجرد احتقان جلدي بسيط بل مصحوب بنضج التهابي
واما انبعا الجلد فهي ظاهرة من جملة ظواهر فقر الدم العمومي أو عرض مهم له
وتنشأ زيادة من ذلك من تعرض الجلد لدرجة حرارة منخفضة جدا وذلك

بالتأثير الطبيعي للبرودة وبانقباض الايداف العضلية الجلدية عقب تأثيره
وهذا التأثير يقوى ويزداد بانقباض الاوعية الشريانية الصغيرة المصاحبة
لذلك وبالجمله تحصل انيميا الجلد الموضعية بدون تأثير البرد على الجلد
وذلك متى اعتبرت الطبقة العضلية الجلدية وجدرا الاوعية الشعرية انقباض
تشجبي وهذه الظاهرة تكثر مشاهدتها في اثناء دور القشرة للحصى
كما تحصل ايضا على حدثها بدون سبب معلوم في الاطراف على صفة الشكل
المعروف بالغفرينا الشيفوخية

ثم ان كلامنا من الاحتقان الجلدي وانميته يندران يحتاج لوسائط علاجية
وقوية ويوصى في احوال الاحتقان باستعمال التبريد وفي احوال الانميا
الجلدية باستعمال الحرارة الرطبة والحمامة وذلك الجلد وتكبيسه واستعمال
الوسائط المنبهة

﴿رابعاً﴾

* (في الالتهابات الجلدية) *

التهابات الجلد يعنى بها جميع الاضطرابات الغذائية الجلدية التي يحصل
فيها نضج في منسوج الجلد وعلى سطحه الظاهر ونحن وان علمنا انه من
المشكوك فيه هل جميع هذه الاشكال المرضية تعد حقيقة من الالتهابات
الجلدية أم لا فان النضج الحلاقي ليس من الامور الضرورية ولا من العلامات
الاكيدة للالتهابات لسكننا لا نتعرض للتطويل في ذكر هذه المسئلة ونتبس
طريقة سيمون في التعبير بلفظ الالتهاب الجلدي عن كل تغير مرضي
جلدي يصطبب بتكون نضج

فالارتشح النضج في جزء من جوهر الجلد ذي امتداد متفاوت نشأ عن ذلك
الالتهابات الجلدية الايرقماوية أو الجررية وان كان الارتشاح قاصراً على
أصغار محدودة صغيرة من الجسم الحلي نشأ عن ذلك الطفح أو الالتهاب
الجلدي الحلي وان كان الارتشاح كذلك سطحياً إلا أن فيه بعض امتداد نشأ
عن ذلك شكل الالتهاب الجلدي المنتصف بتكون درنات وفي الالتهابات
الجلدية الجررية لا يندران ترتفع البشرة على شكل حويصلات كثيرة الامتداد
أوتليكه بواسطة النضج المرتشح في آن واحد على سطح الاذمة وزيادة عن

ذلك يحصل النضج ايضا على السطح الظاهر من الادمة فترفع البشرة على شكل حويصلات وكذا في غير ذلك من اشكال التهابات الجلدية حادة كانت او مزمنة ولا يشترط أن يكون منضما لها ارتشاح عظيم في جوهر الجلد ومثل هذه الالتهابات الجلدية السطحية التي تشابه الالتهابات التزليسية يتصف مع قلة في التغيرات الجوهرية للانسوجات بنضج على السطح الظاهر منها وبذا تتكون الاشكال الحويصلية من الطفح الجلدي وان حصل مع تكون النضج السائل تكون أخلية بشرية جديدة بكثرة اى قبيح تكونت اشكال الطفح الجلدي البثرى وبالجملة فهناك اشكال من الالتهابات الجلدية فيها يتضاعف النضج الجلدي بتسولد بشيرى مرضى وهى اشكال الطفح الجلدية القشرية

ويوجد زيادة عن اشكال تلك الالتهابات الجلدية الناتجة اختلافها عن شدة الالتهاب ومجلس النضج اشكال أخرى تنتج عن اختلاف الامتداد وصفته وعن اختلاف شيرها بان كان حادا او مزنا وعن سبب الاصابة المرضية تلحظنا لتمييز عدد عظيم من اشكال الالتهابات الجلدية وسنشرحها في مباحث على حدتها

(المبحث الثالث)

* (في الاشكال الخفيفة من التهابات الجلد الغير المعصوبة) *

* (بتكون حويصلات اى الالتهاب الجلدي) *

(الابرتماوى المعروف بالابرتما)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي يكون كل من الجسم الحلى وغالبا جوهر الادمة الحش أسفل منه مجلسا لاحتهان وار تشاح مصلى وحيث انه بعد انتهائه الابرتما يحصل تغلس في البشرة عادة فن الجاثرا نقول بان هذه الطبقة تصكون قد انفصلت من انضمامها بالجسم الحلى بواسطة نضج خفيف حصل أسفل منها لكن هذا النضج لا يكون كافيا لرفع البشرة على شكل الحويصلات والاسباب التي ذكرت في شرح الاحتقان الجلدي وهى درجة الحرارة المرتفعة والتأثير الاواسطى للانسعة الشمسية والمهيجات

الكيمائية والميكانية فحدث ولا بد تأثيرها المستطيل الشديداتها با
جلدية ايرثماوية وبعض أشكال اليرثما الناشئة عن مهبجات ميكانية له
أسماء مخصوصة فان كانت اليرثما ناشئة عن احتسكك جزء من الجلد
ملا مسين لبعضهما سميت اليرثما بالاحتسكاكية وهذا الشكل يشاهد بكثرة
عند الاطفال سيما الضعفاء منهم في الميازيب الجلدية للأعضاء التناسلية
وخلف الأذنين والعنق وخلف الثديين والساقين عند النساء السماء جدا
وان حصلت اليرثما بين الإلتهبين عقب احتسكاكهما ببعضهما في أثناء المشي
المستطيل سميت باليرثما الاحتسكاكية أيضا وأما اليرثما التي تحصل
في الامراض المستطيلة بضغط الفراش سيما في القسم الجعزي والملاورى
وغيرهما من الاجزاء البارزة من الجسم فتسمى باليرثما الوضعية والتي
تحصل في أحوال الاستسقاء اللحمي العظيم بشدة تورج الجلد أو جوده
السطحية تسمى باليرثما التورمية وعند وجود سيلانات مستمرة من الأنف
أو من المنخمة كثيرا ما تحصل اليرثما بسبب تندية الجلد المستمرة بالافرازات
الحريفة في الشفتين والأنف أو في القلفة والصفن والجهة الانسية
من الفضذين عقب تسوية الجلد بالبول السائل بدون ارادة وتسمى بالارثما
التهيجية

وزيادة عن أشكال اليرثما المذكورة الناشئة عن مهبجات موضعية تشاهد
ايرثمات انتشار وسبر دورين مخصوصين أسبابها مجهولة علينا وهذا
الشكل كثيرا ما يحصل حصولا ذاتيا في بلادنا وله ميل عظيم لتكسبات دورية
وقلشوهدي بعض البلدان (كالقسنطينية وباريز ومصر) منتشرا
انتشارا وبائيا وتسمى بالانتشارية

في الاعراض والسير

اليرثما الناتجة عن مهبجات موضعية تصف ببقع حمرة قليلة البروز يتلاشى
اجرارها من دائرتها شيئا فشيئا وينتقع لونها عند الضغط عليها فيكتسب
لونا مصفرا وعند زوال الضغط يعود اجرارها وتكون مجسلا لامع حرق
متفاوت في الشدة فان زال التهيج الذي أدى لحصول هذا الطفح بسرعة
زال اجرار الجزء المتهب وانتفاخه في أيام قليلة وينتهي هذا المرض

بتفلس خفيف في البشرة وأما إذا لم يرزل السبب المهيج واستطال تأثيره
واشتد ارتقى الالتهاب الايرتماوى الى أشد أشكال تقيلة فينشأ عن ذلك
اضطرابات غذائية أخرى فينتج عنها الايرتما التدمسية وتحصل حويصلات
على سطح الجلد في أحوال الحرق وفي أحوال الايرتما الاحتسكاكية يمكن
أن تزول البشرة والايرتما التوتربة يمكن أن تؤدي لغتغزيب الجلد

وأما الايرتما الذاتية أو الحاصلة بدون أسباب معلومة فيجس لها في الغالب
ظهور اليدين والقدمين وقد تحصل في غير هذه الأجزاء من الأطراف
بل وفي الجذع والوجه في أحوال نادرة لكن لا بد من إصابة ظهرا اليدين
والقدمين معا وقد نبه الشهر (هيرا) على أهمية ذلك في التشخيص
ويشاهد في المحال المذكورة ابتداء احمرار وانتفاخ منتشران مستويان
لكن عما قريب يشاهد حلمات أو درنات صغيرة مخرقة كثة أو حجرة مخرقة
على القاعدة الحمراء المنتفخة وحينئذ يسمى هذا المرض بالايرتما الحلبية
أو الدرنية وهذا الطفح قد يكون عند بعض الأشخاص مصحوبا باحساس
محرق في المحل المريض أو بظواهر حية أيضا في بعض الأحوال ثم بعد أيام
قليلة ينتقع محيط هذه الحلمات ويروى انتفاخه ثم يصغر حجمها وينتقع لونها
ثم تزول وحينئذ تتفلس البشرة وينتهي سير المرض في ظرف ثمانية أيام
أو ١٤ يوما وكل من اللون المزرق لتلك الحلمات واللون المصفر للجلد الذي
يبقى بعض زمن بعد زوالها يدل على أنه في أحوال الايرتما الحلبية ينضم ولا بد
لأنضم الخفيف في الجلد انسكاب دموى خفيف أيضا

وقد تستقر الايرتما الحلبية وتستعيل مدتها بعض أسابيع أو أشهر وتمتد من
المحال المصابة ابتداء الى أجزاء أخرى من الجسم وإن تكون في دائرة الطفح
الابتدائي حلمات أو درنات جديدة مع زوال التغير المرضي الأصلي في المركز
سميت الايرتما بالحلقية أو الدائرية وإن بقي في مركز تلك الحلقة صفر محمر
سميت الايرتما بالقرحية أو الحلمية وإن تلامست الحلقات والدوائر بعضها
في أثناء امتدادها وانقطعت دائرتها في محل ملاستها ببعضها تكونت
حينئذ أشكال قوسية غير منتظمة وحينئذ تسمى الايرتما بالقوسية
وهذه الأسماء يتكرر ولا بد ذكرها في غير هذا الطفح من الطفحات

الجلدية التي فيها يمتد التغير المرضي من دائرة الطفح الابتدائي ويزول في المركز أي في الاصفرار المصابة ابتداءً فالاشكال المختلفة التي تكون على الجلد حينئذ لاتكون عبارة عن اشكال مختلفة من تغير مرضي بل امتدادات مختلفة منه

ووجود شكل مخالف للابرتما الجلدية والدرنية وهو الابرتما العقدية وهذا الشكل يشاهد بكثرة عند الشبان وعند النساء أكثر من الرجال ومجلسه على الخصوص الاطراف السفلى لسماكتي الساقين وهي تنشأ عن ارتشاح قليلة الامتداد ومحدودة في الغاية ان الثرة من الجلد مصحوبة بارتشاح دموي فيشاهد ابتداءً عقدة مستديرة في حجم البندقة أو الجوزة مغطاة بجلد قليل الاحمرار مؤلمة عند اللمس ولها مشابهة عظيمة بالانتعانات التي تنتج عن الضربات أو السقطات (أي الالتهاب الجلدي الرضوي) والتلون الوردي للجلد يكسب بعد كنه شأ فشيأ ثم يستحيل الى لون بنفصجي ثم مزررق ثم مخضر ثم مصفر وهذا التتابع في التلون يشاهد أضافاً أحوال الانسكابات الجلدية الدموية الجرحية والابرتما العقدية تؤدي ولا بد لاضطراب عمومي حتى به يحصل ضعف للررضي وبل يتجنبون الملازمة الفراش ثم ان مدة هذا المرض تمتد من ٨ أيام الى ١٤ وتقلص البشرة هو الانتهاء الاعتيادي لهذا التغير المرضي ويندر ان تمتد مدة الابرتما العقدية جملة شهر وذلك بان تظهر تعقدات أخرى من هذا الشكل بعد زوال العقد الاولى عقب تقلصها

المعالجة

أما الابرتما الناشئة عن مهبجات موضعية فلا تستدعي في الغالب الاتبعيد الاسباب المضرة التي تعبت هي عنها فانما اذ ذلك تزول بسرعة وعند وجود آلام شديدة محركة ينبغي استعمال كمادات من الماء البارد أو ماء الرصاص وفي الابرتما الاحتكاكية ينبغي ان يذرع على الاجزاء المربضة مساحيق ناعمة لاجل تجنب احتكاكها على بعضها واكثرها استعمالاً الانشاء الارز الناعم ومهقوق انسكربت النباتي المضاف اليه زهر الخارصين

مسهوق زهر الكبريت النباتي — ١٥ جرام أعني نصف أوقية
زهر الخارصين — ٠٢ — أعني نصف درهم

اوبان يوضع بين تلك الاجزاء فأيدهونه بمرهم زهر الحارصين او وسايده من
نسالة مدهونة به واما الايرتقا الوضعية فالاجود فيها صيانة الاجزاء المعرضة
للصنعة بمخدرات حلقية من الصمغ المرن بمثلثة بالهواء وان كانت الايرتقا
ناشئة عن تنسدية الاجزاء بسوائل مهيجة وجب طلاؤها بمرهم ملطمة لاجل
صيانتها عن تلك السوائل الحريفة وكذلك الايرتقا الحلبية لا تحتاج لمعالجة
مخصوصة وانما ان كانت مصحوبة بحرقان شديد ينبغي استعمال المكمدات
الباردة الرصاصية واما الايرتقا العقدية فتلاحظ فيها الحركة الحلية والحالة
العامة للمريض ويمكن استعمال مكمدات من الماء البارد او ماء جوار

المبحث الرابع

(في التهاب الجلد الحشري أو الحرة الجلدية) *

في كيفية الظهور والاسباب

الالتهاب الجلدي الحشري يتصف بالاحتقان الشديد للجلد وبارتفاع مادة
مصلية غزيرة في جوهره والمنسوج الخلوي السكاثر تحته وكثيرا ما يكون بين
الادمة والبشرة بقلة ميل هذا الالتهاب للتفج وتكون خراج وأيضاً يتصف
بإشتراك دائم للأوعية والعقد الليمفاوية المجاورة للالتهاب ويمكن
أن يحصل في أثناء سير الالتهاب الجلدي الحشري تمزقات وعائية وأنزفة
في الجلد وعلى سطحه السائب وقد يرتقي تغير الالتهابي في بعض الأحوال
ارتفاعاً عظيماً بحيث تقع الاجزاء المصابة في الغمر بنا

ومن الخطأ القول بان كل مؤثر مهيج على الجلد يحدث فيه التهاباً بالجلد
حرياً مني أثر بشدة قوية فان مقارنة الالتهاب الجلدي في الحمة الجلدية
بالتهابه الناشئ عن وضع منقط يتضح منها عدم مماثلة هاتين الحالتين
لبعضهما ولو وجد في كل منهما تكون حويصلي كما وان كلاهما من الحرق
والاصابات الجلدية الميخانيكية وغيرهما من المؤثرات المهيضة الموضعية
لا ينتج عنه اضطراب غذائي التهابي مماثل للحمة الجلدية بل ينتج عنه
تكون حويصلات بدون اضمح غزير في جوهر الجلد والمنسوج الخلوي تحته
أو فساد كلي في جوهره متى كان تأثيره بشدة ومن الثابت في أغلب الأحوال
الحمة الجلدية ان الالتهاب في هذا المرض يتمسك من جذر الاوعية

اللينفاوية المتهبة الى المنسوج الخلوى المحيط بها فن هذا القبول الحمرة الجلدية الناشئة عن اصابة الجلد اصابة جرحية مع تلقح جوهر موهج أو مسم في آن واحد وفي مثل هذه الاحوال يمكن الاثبات بدون واسطة ان الجوهر الموهج المسم امتص ابتداء من الاوعية اللينفاوية وحدث التهابا في جدرها وان الحمرة الجلدية حصلت - ولا تافيا فانه يشاهد في الابتداء أحيانا حمرة ذات انتفاخات عقدية ثم يتضح فيما بعد الاحمرار المستوي المنتشر للجلد وانتفاخه ويعتبر من هذا القبول أيضا الحمرة الجلدية الناشئة عن امتصاص مواد صديدية أو افرازات جرحية مهيجة لجدر الاوعية اللينفاوية تهيجا نهائيا او الناشئة عن امتصاص متحصل خراج آيل للفساد والتحلل ونشير بذلك لما يسمى بالحمرة الجلدية التدممية فان هذه الحمرة عبارة عن التهاب جلدى يتصف بجميع اوصاف الحمرة الجلدية ولا شك في كونه ناشئا عن امتصاص السائل المنقح لاحد النواير السخمية أو الاسنان المسوسة وامتداد هذا الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية المتهبة الى الجلد المحيط بها والتجارب المعسولة من انه ينضم في بعض المرسعات زمنافزنا الى الجروح الواحية جدا بل الى محل عض العلق التهاب جلدى جرى بوجهه بسهولة بالكيفية الآتية وهي

ان الجواهر التي تمتصها الاوعية اللينفاوية تهيجها وتلهبها الا انه لا ينبغي على الدوام أن يكون نفوذها في الجلد بالتلقيح او ان يكون من تحليل وفساد افراز جرحى أو الصديد المجموع في خراج بل ان تلك الجواهر قد توجد في الهواء المحيط بالجروح او في قطع الجهاز المغطاء به ثم اتنا وان اعتبرنا الامر ثابت المحقق حصوله في عدد عظيم من الحمرة الجلدية ومنشأها بواسطة امتداد الالتهاب من جدر الاوعية اللينفاوية الى جوهر الجلد الا اننا نعتقد ان جميع انواع الحمرة الجلدية تشابه هذه الكيفية بل اننا نقول ان منشأ الحمرة الجلدية الذاتية اعنى الطفحية بهذه الطريقة غير قريب من العقل فان الالتهاب الجلدى الحمرى الذى يطرأ على الأشخاص السليمة من قبل ويصيب على الخصوص كلاً من الرأس والوجه على شكل مرض اصلى اى ذاتى يشابه بالسكية للالتهابات الذاتية الاخرى التى تصيب الأشخاص

السليمين من قبل وتعتبر امراضا اصلية اى ذاتية كالاتهاب الرئوى
والبيليروى والحقيرى والذبحه البلعومية ونحو ذلك وليس عندنا دنى
سبب ولا وجه فى عدم الحمرة الذاتية او الطفحية مرضا من جملة الحميات
الطفحية الحادة واعتباره من جملة الامراض التسممية الانتشارية بل مىسل
الحمرة الجلدية الذاتية للنكسات وترددها عند الشخص المصاب بها جملة
مرارات ثبات قوى لعدم مشابهة الحمرة الجلدية للقرصية او الحصبة
او الجدري ودليل قطعى ضد رأى القائل بالمنشأ التعمى لهذا المرض

واسباب الحمرة الجلدية الطفحية غير واضحة كاسباب الاتهاب الرئوى
وغیره من الاتهابات السابق ذكرها فانه لا يمكن اثبات مؤثرات مضره
موضعية تحدث هذا المرض كالامراض المذكورة وعين ذلك يقال بالنسبة
لتأثير البرد والتباعد عن التدبير الصحى وغيره من المؤثرات المضره والذى
يظهر ان له تأثيرا فى احداث هذا المرض هو الانفعالات النفسية خصوصا فى
الشخص الذى اصيبوا به سابقا وفى الغالب تظهر الحمرة فى بعض الازمنة
بدون اسباب مة مدركة كالاتهابات الريوية والذبحات وغيرهما من
الاتهابات التى تسطن وتحدث ما يسمى بالبنية المرضية اى الحالة الوبائية
فتصيب اشخاصا عديدة وهل هذا المنشأ المجهول لكثير من الامراض
الالتهابية ينتج عن اصابة مرضية عمومية تبقى قاهرة فيما بعد على اعضاء
مخصوصة او عن اضطرابات غذائية موضعية ابتدائية فى الاعضاء المذكورة
ام مجهول علينا وكذا بالنسبة لمىسل الحمرة الجلدية ورجوعها بسهولة عند
الشخص المصاب بها من قبل امر تطابق فيه الحمرة الجلدية الاتهاب
الرئوى وغيره من الاتهابات الاخرى والحمرة الجلدية الطفحية يكثر
حصولها فى السن المتوسط من الحياة وتسكثر مشاهدتها عند النساء دون
الرجال وفى الفصل الحار من السنة اكثر من البارد منها

في الاعراض والسير

الاتهابات الجلدية الحمرية الناشئة عن مؤثرات ظاهرة من مة ملقات
هلم الجرحة فلا تسكام هنا الاعلى اعراض الحمرة الذاتية اى الطفحية
وسيرها فنقول

الظواهر الموضوعية تسبق في كثير من احوال الحمرة الذاتية ببعض ساعات
او ايام باضطراب بنى عموى وحركة جسيمة متفاوتة الشدة وحيث ان دور
المجموم المذكور لا يوجد على الدوام وان الحمى كثيرا ما يتأخر ظهورها عن
الاعراض الموضوعية فلا ينبغي اعتبار الاعراض السابقة للحمرة الجلدية
كاعراض الجيات الطقمية كما لا ينبغي اعتبارها كالاضطراب البنى الحمى
العام الذى كثيرا ما يسبق الزكام الشديد او كآلم الجنب والسعال اللذين
كثيرا ما يسبقان حصول التهاب الرئوى ببعض ايام والعرض المرضى
الابتدائى لهذا الداء والاحساس بحرارة وتورفى الجلد الذى لم يبتدئ
فيه الاحمرار والانتفاخ وفى هذا الزمن كثيرا ما تكون العقد الليفية
المجاورة منتفخة ومتألعة عند الملامسة وعما قليل يحمر الجلد ويبتدى انتفاخه
ويكون الاحمرار فى الابتداء مبهما وعما قليل يصير متغيرا اذا تكاثر ازداد
الانتفاخ وبرتقى بسرعة الى درجة عظيمة جدا خصوصا فى المحال التى فيها
يكون الجلد مثبتا بنسوج خلوى هش فى الاجزاء الغائرة ولذا يشتد انتفاخ
الاجفان فى احوال الحمرة الجلدية الوجهية ويكتسب الجلد بسبب
ما اعتراه من التور الشديد ملاسة ولعانا واضحين ويزداد الاحمرار والانتفاخ
تزداد كذلك الآلام المحرقة المؤثرة فى الاجزاء المريضة ويكاد لا تنفد فى هذا
الزمن الحمى الشديدة وتثور فى المساء ثورا ناقويا والنهض يكون ممثلا
وسرعته من ١٠٠ الى ١٤٠ ضربة فى الدقيقة وتصل حرارة
الجسم الى درجة ٤٠ مئوية او ازيد ويشتد العطش وتفقدا الشهية
وحيث انه فى احوال الحمرة الوجهية تستترك الأغشية المخاطية المجاورة
للجلد الملتهب فى التهاب كاعشاء المخاطى الفمى والانفى والسانى فلا بد
وان توجد ظواهر التزلة الغمية الشديدة فيكون اللسان مغطى بطبقة كثيفة
جافا عند اشتداد الحمى والطبقة البشرية المنفسدة المغطية له تنتشر منها
رائحة كريهة ويكون طعم الفم عجينا او مرأ والحمرة الجلدية ولواصط حيت
زيادة عن الاعراض السابق ذكرها بظواهر سوء الهضم وفساده لا ينبغي
الحكم بانها ناتجة عن حالة تلبكية معدية أو صفراوية فان اضطرابات الهضم
نكاد يصاحب جميع الامراض الحمية ولو بدرجة متفاوتة ويضطرب

نوم المريض باحلام مزعجة وقد يحصل الهذيان ويندر ان يكون ناتجا عن
مرض في المصايبا والغالب أن يكون متعلقا بالحركة الحميية ويصل
كل من انتفاخ الجلد واهجراره في اليوم الثاني والثالث الى ارقى الدرجات
وفي احوال الحمرة الجلدية الوجهية تكون المرضى فيها اثناء هذا الزمن
متغسيرة المصنة بالكلية حتى تسكاد لا تعرف ولا يمكنها فتح الاجفان البارزة
المنتفخة انتفاخا أو ذيماءا وكثيرا ما تكون الطبقة البشرية مرتفعة في بعض
المحال على هيئة حويصلات صغيرة او عظيمة جدا وفي محال أخرى تسكون
تلك الحويصلات قد انفجرت وجفمت مغطىها وباحتلاطها مع بقايا البشرة
تكون قشورا مصفرة وليس من الضروري وضع اسماء عديدة مختلفة للحمرة
الجلدية بحسب درجة الانتفاخ ووجود الحويصلات او فقدانها او عظم
حجمها واختلاف مغطىها وتسمى الحمرة تارة بالاذيماءية وتارة باليرغماوية
وتارة بالحويصلية وتارة بالفقاعية وتارة بالقشرية وفي اليوم الثالث
والرابع يصير الاجراء باهناعادة ويهبط الورم ويزول تور الخويصلات
الباقية ومغطىها اما ان يمتص او يجف على هيئة قشور وتزول الا لام
والالتهاب الجرى في اثناء تناقصه في الاجزاء المصابة به ابتداء يكاد يمتد
على الدوام الى الاجزاء المجاورة ويشتمد فيها حتى يصل الى اقصى درجة ولذا
ان المريض المصاب بحمرة وجهية كثير ا ما تشتمد مكابدا متى ابتدأت الحرة
في الخفة من الوجه وكل من تغير المصنة وانتفاخ الاعين ناشئ عن اصابة
فروة الرأس بالحمرة الجلدية فانها كثيرة الحساسية والتألم من التوتر
الالتهابي بسبب شدته ثبينا وقلة تمددها وامتداد الحمرة الجلدية بقطع
النظر عن الحمرة السبارة (اي الانتفاخية) يكون قاصرا في العادة على
اجزاء قليلة الامتداد من السطح الظاهر من الجسم بحيث ان الحمرة
الجلدية وان كانت تمتد على الدوام الى الاعين والاذنير وما جاورهما
من اجزاء الرأس والعنق لكن لا تمتد بكثرة من تلك الاجزاء الى
القفا والجذع وبسبب ذلك وكون الحمرة الجلدية الذاتية تقطع سيرها
في الاجزاء المصابة بها تكون مدة هذا المرض ٨ ايام او ازيد من ذلك بقليل
والتغير المرضى لهذا الداء ينتهي بتفلس البشرة على هيئة وريقات عريضة

ولوى المحال التي لم يوجد فيها حويصلات وبعد ذلك يسقط شعر المرضى
 اذا كانت فروة الرأس مصابة فان الشعر يحصل فيه فخلخل من النضج
 المتكون في بصيلائه وينفصل منها السكر لا يخلف الحمرة الجلدية اضطراب
 تحدث في بصيلائه الشعر ولذا يزول الصلع الذي يتبع عن هذا المرض
 في زمن قليل وفي بعض الاحوال التي فيها تنتهي الحمرة الجلدية بالتسقيج
 يشاهد التموج في صفر أو حلة اصفار لاسيما في الجفنين وذلك في الزمن الذي
 تكون فيه الاجزاء المحيطة قد زال تلونها وانتفاخها ويخرج بعد الفتح
 بالصناعة او الانقشاح البطي للفراج من ذاته قبح مصفر جدينا لبا فيحصل
 الشفاء بسرعة والنضج الدموي الذي ينتج عنه يكون محمرا في متحصل
 الحويصلات وان كان ليس من العلامات الدالة دائما الا انه يسبق في بعض
 الاحوال بانسداد تام في الاوعية الشعرية للاجزاء المتتهبة يؤدي الغنغرينة
 وعند حصول الغنغرينة الجلدية التي يكثر في احوال الحمرة الجلدية
 العرضية الحبيبية ويقل في احوال الحمرة الجلدية الذاتية يكتسب متحصل
 الحويصلات لونا مسودا ويسحقيل قاعها الى خشكريشة سنجابية متغيرة
 اللون وتنغير حالقا للمريض العامة وترتفع الحرارة جدا ويصغر النبض
 ويصير سرعيا ويحصل انحطاط ثقيل يكثر أن تنطفئ فيه الحياة بل
 وفي الاحوال الحميدة جدا للحمرة الجلدية الغنغرينية تستطيل مدة المرض
 زمنا طويلا فان فقد الجسور الخفيف عن اتلاف اجزاء الجلد المتغيرة
 لا يشفي الا ببطء عظيم

ثم ان الحمرة الجلدية كثيرا ما تضعف بنزلات شعبية أو معوية واحيانا
 باحتقانات كلوية عظيمة او بالتهاب نزلي يسرى الى القنوات البولية
 واهم من تلك المضاعفات واطهر منها مضاعفة الحمرة الجلدية بالتهاب
 السحايا ولا يعتبر الحاصل في هذه المضاعفة نوع انتقال بل ان ما يسمى
 بارتداع الحمرة الجلدية هو نتيجة الحالة المرضية الثقيلة والانحطاط في
 الاحوال المهلكة ينسب لها

واما الحمرة الجلدية السيارة والاتقالية فانها تصيب الاطراف عادة
 وتنتج في امتدادها نحو الجذع والرأس وفي العادة تمتد وتنتشر بهذه الكيفية

بحيث ان التغير المرضي عند انطفائه من محل مصاب ابتداءً يتدنى في محل مجاور له واندر من ذلك حصول انتقال الحمرة الجلدية من المحل المصاب الى محل آخر بعيد عنه ونترك اجزاء سليمة من الجلد يدغمها كثيرة الامتداد او قليتها وكل من الاحتقان والاتفاخ في الحمرة الجلدية السيارة لا يصل عادة الى درجة عظيمة ككافي الشكل السابق من هذا المرض وكما ان الاحمرار والاتفاخ يشتد في المركز في هذا الشكل ويزول شيئاً فشيئاً في الدائرة تكون اجزاء الجلد المحددة للاجزاء المصابة بالحمرة السيارة هي الاكثر احمراراً واتفاخاً وكذا الحمى التي تصاحب هذا الشكل من الحمرة وان كانت درجتها متوسطة عادة لكن حيث ان هذا المرض يمتد اساساً يسرع بل وأشهرها (وفي هذا الزمن قد تعود الحمرة في اثناء سيرها الى المحال التي تركتها وتصيب المحال التي أصابتها ابتداءً) فالدرجة المتوسطة للحمى تكفي في انتهاك قوى المريض وتهديد الحياة بالخطر

في المعالجة

يستعمل لأجل الوفاية من الحمرة وسائط عديدة تعرف بالوسائط العلاجية السمباتونية بل وكثير من الامتناع من المتفطنين والمستنيرين يحملون أنواعاً عديدة من المواد المعروفة (عند المصريين) بالمشاهرة لأجل وقايتهم من الجرة أو لأجل دفعها وطردها عند الاصابة بها وحيث ان سير هذا المرض دوري ويكاد ينتهي على ادوام اتمامه اجمداً فكل حالة جديدة من الحمرة تعتبر بالنسبة للأشخاص الذين يميلون للاعتقادات الفاسدة دليلاً قاطعاً وقوياً على جودة الطريقة العلاجية السمباتونية المستعملة وحيث لا يجدي فدا في مثل هذه الاحوال النهي عن ذلك ولا الامور المفوضية لتسكرر ان أريد مضاربة الاعتقادات السهلة الفاسدة وان الوسائط السمباتونية المستعملة لدفع الحمرة فيها منفعلة وهوان المرضي تصبر مع الأمن من تأثير تلك الطرق ولا تبصت عن وسائط علاجية مضرّة فالذي نوصي به في مثل هذه الاحوال عدم التعرض لاعتقادات العامة الذين يعتقدون في جودة الوسائط العلاجية السمباتونية وعلى كل حال فثل هؤلاء المرضى يحسون براحة اكثر مما اذا استعمل الطبيب لهم المقيات بسبب تعاطية اللسان

والرائحة المنتنة لافهم كما يفعل بكثرة في كل حالة حرية وجهية وأجودهما اذا
استعمل عند المرضى مضادات الالتهاب الظاهرية والباطنية او مما
اذا استعمل لهم وضائط مهيجة على الجلد المتهب منعاً وخوفاً من ارتداع
الحمرة السكن وان كان الاجود والموصى به في اغلب احوال الحمرة هو ترك
المرض ونفسه لانه لا يمكن ايقاف سيره وقطعه وينتهي في الغالب بالشفاء
بدون أدنى معالجة او مجرد تغليف الاجزاء المتهمة بالقطن الناعم الا انه مع
ذلك قد تضر أعوارض تستدعي طرقاً علاجية قوية ففي احوال التوتر
الشديد المؤلم للجلد قد اوصى المعلم (اسكودا) بالوضعيات الباردة
على الجلد المتهب بواسطة المسكمدات بالماء البارد أو الماء الجليدي لكن
حيث ان الطبيب يجنب بذلك عائقاً عظيماً بسبب الاعتقادات الفاسدة
المتسلطنة على عقول العامة وحيث انه كلما حصل عارض خطر عند استعمال
هذه الطريقة العلاجية تتسببه العوام ولا بد لتلك الطريقة فالذي نوصي به
للاجل راحة المريض وهو - دعه بل بقصد اطمنئنتهم واهلهم وحفظهم من
التأسف ترك ذلك ويستعمل بدلا عن التبريد الضغط الخفيف أو التشنيط
الدقيق الصغير جداً فان النتيجة واحدة وكذا يزول الانتفاخ المؤلم في زمن
قليل عقب طلاء الجزء المتهب المصاب بالحمرة بالكولوديون واحداث ضغط
خفيف عليه كما يزول به هذا الانتفاخ المؤلم ايضا عقب فعل التشريط الدقيق
بسن الريشة مثلاً في الجزء المصاب ويظهر كذلك ان استعمال الحجر الجهنمي
الذي تمس به الاجزاء المتهبة هي وما حوطها بجملة صرعات أو بمجاول مركب
من نترات الفضة ٥ جرام او حمض النتريك ٨ نقط على ١٥ جرام
من الماء (اعني نصف أوقية) له تأثير مشابه لذلك واما تحديد الاجزاء المصابة
بالحمرة بمس الاجزاء المحيطة بها بواسطة الحجر الجهنمي الذي كان يوصى به
سابقاً بكثرة منعاً لامتداد الحمرة فلم يتحقق من جودته وترك الآن في العصر
المستجد وأهم الامور في معالجة هذا المرض والمعتنى به هي الحمى ولا سيما
الحمى المتوسطة الشدة المستطيلة المدة التي تصاحب هذا المرض خصوصاً
في شكله السيار وهنا يستعمل بنجاح السكينين ومركبات الكينا ومن الجيد
في مثل هذه الاحوال استعمال اغذية لطيفة مقوية مع التبريد القوي

فانه وان اوصى كل من المعلم (ويليان رويليامس) في معالجة الحمرة
 باستعمال النبيذ البورت بان يعطى منه من ١٢٠ الى ٢٤٠ جراما
 أعنى من اربع اواق الى ٨ كل يوم وذكر انه شاهد شفاء اخطر حالة من
 احوال الحمرة الوجهية بهذه المعالجة فما يوجه ذلك الا بكونه في مثل هذه
 الاحوال التي فيها تنكح الحمى قوى المريض يحصل ولا بد نفع عظيم من
 اعطاء المشر وبات الكوالية بمقدار عظيم

واما غير ذلك من المضاعفات كالالتهابات الالهائية فانها تعالج على حسب
 القواعد المألوفة واما الاجتهاد في ارجاع الالتهابات الجلدية المرتدة
 كما كان يقال سابقا بواسطة الحرارة في أوغيرها من المهيئات الجلدية
 فلا فائدة فيه ولا ينبغي الايصاء به والاطراجات والتهتكات الغنغريفية
 للجلد فينبغي معالجتها بحسب قواعد الجراحة

المبحث الخامس

« في الهربس المعروف بالالتهاب الجلدي السطحي ذي السير الحاد »
 (الذي تتكون فيه جملة حويصلات مرتفعة على الجلد)

كيفية الظهور والاسباب

الهربس يقرب من الحمرة الجلدية في كونه التهابا بالجلد ما دامت
 عن اسباب غير معلومة الا أنه يترفع عنها اولاً بانحداده الواضح وبجفاف
 الالتهاب القاصر على الطبقات السطحية للجلد وعرفه الشمبر (هيرا)
 بأنه مرض جلدي ذو سير حاد دورى مصحوب بارتشاح مخصوص وهذا
 الارتشاح يتجمع اسفل البشرة على شكل نقط صغيرة فيرفعها
 بحيث لا يكون مطلقا حويصلات متفرقة بل مجموعة على الدوام وهذه
 الحويصلات تكون ذات شكل وحجم متساويين ومدتها مسيرة ومجموع
 تلك الحويصلات لا يتكون في آن واحد بل في ظرف بعض ايام بحيث
 يوجد منها تجمعات حديثة يجوار حويصلات متجمعة منطبقة وكثيرا
 ما يشاهد في انشاء سير كل من الالتهابات الرثوية والحميات المتقطعة
 والالتهابات الالهائية الدماغية الشوكية الوبائية وغيرها من
 الامراض الحمية ظهور طفح هرسي في الوجه لاسيما في الشفتين ولا يساعد

هذا الطفح في غير ذلك من الامراض الثقيلة لاسيما التيفوس البطنى ومن
المعتقد من منذ زمن طويل ان ظهور الطفح الحر بسى الوجهى فى الامراض
الحمية علامة جيدة بالنسبة للانذار ولذلك يسمي بقبلة الشفاء ومن الجائز
أن يكون السبب فى هذا الاعتقاد ان الامراض التى ينشأ عنها هذا الطفح
على الدوام او هو الغالب يكثر انتهؤها بالشفاء دون الامراض التى لا يشاهد
فيها هذا الطفح مطلقاً أو يشاهد فيها نادراً وقد يحصل الطفح الحر بسى
عند اشخاص سليمين من قبل ذلك وبدون الامراض السابق ذكرها

واما الحر بسى المنطقى فمن المحقق الآن انه ينشأ عن اصابة مرضية فى
الغريبات العصبية المغذية التى تسير فى نواحيها مع الغريبات الحساسة
والحركة لعصبها وأما القول بان لكل نوع من الحر بسى منشأ مشابه
لذلك بمعنى ان الحر بسى الشفوى مثلاً ينشأ عن اصابة مرضية لفرع عصبى
صغير فهو المبدأ كدمنه الى الآن

الامراض والسير

يتميز الحر بسى بحسب المحل المصاب له الى شفوى وغيره فالشفوى هو الذى
يكون مجلسه الشفتين ولا يندران يمتد الى الغشاء المخاطى الفمى وان كان
مجلس مجموع الحويصلات الحر بسية فى اجزاء اخرى من الوجه لاسيما
الوجنتين والاجفان سمي بالحر بسى الوجهنى والجفنى واستحسن الشهير
(هبرا) تسمية جميع اشكال الحر بسى التى تحصل فى الوجه بالحر بسى
الوجهى وكذا يسمي الحر بسى بالحر بسى القلبنى الذى يستحسن تسميته بالحر بسى
الاستحائى لانه لا يشاهد فى القلفة فقط بل فى غيرها من اجزاء الاعضاء
التناسلية الظاهرة والحر بسى المنطقى المعروف بالمنطقة وهو شكل مخصوص
يتبع فى ظهوره وامتداد سير الاعصاب الجلدية فان ظهر فى الصدر يكون
جميع حويصلات نوع شريط عريض منطوق مستمر أو متقطع يمتد من
فقرة محدودة ويتبع سير احدى المسافات الضلعية نحو القوس ويكاد يوجد
دائماً هذا الشكل فى احدى جهتي الصدر وان كان مجلس المنطقة
البطنى وظهرت على جذره امتداد مجموع الحويصلات فى اتجاه مشابه للمنطقة
الصدرية بمعنى انه يمتد من احدى الفقرات القطنية ويمتد نحو الخط

المتوسعا من البطن أو جبل الزهرة وإن كان مجلسه القفا تكون عنه أمان نصف
 دائرة حول العنق أو ان مجموع الحويصلات يمتد الى أسفل نحو الضلع الثاني
 والمنطقة الوجهية تمتد تابعة لسير العصب الوجهي سيما على الوجهة الى سماع
 الأنف والمنطقة الرأسية تمتد على مسير العصب فوق الحاجب من الجبهة نحو
 الرأس أو على مسير العصب القمجدوى في الجزء الخلفي من الرأس وكذا في
 المنطقة العضدية والفخذية يمتد الطافح على مسير الاعصاب الناتجة من
 الضفيرة العضدية أو الفخذية أو الوركية وفي جميع اشكال الهربس يتسدى
 الطفح باحساس بألم لا يكون عادة محرقا بشدة في الاجزاء المصابة من الجلد
 ثم عما قليل من الزمن تظهر نقطة عديدة محمرة واضحة تقتلط ببعضها وتكون
 لطخا مختلطة غير منتظمة وتندمل عادة في اليوم الثاني لظهورها
 بحويصلات صغيرة شفافة ومختصل تلك الحويصلات التي يندمل أن يفوق
 عظمها حجم العدسة والحصة يتعكر في اليوم الثاني أو الثالث ويصير
 لبديا ويحمر لاختلاطه بالدم وفي اليوم الثالث أو الرابع تأخذ الحويصلات
 في الانطفاة وفي اليوم التالي لذلك يجف مقصلها وتفسخيل جذورها الى
 خشكر يشته مدمرة تنفصل بعد الطفح الاول بعشرة أيام أو اربعة عشر يوما
 فيضلفها بقشرة تبقى محمرة مدة من الزمن ومغطاة بطبقة بشرية خفيفة
 والالام الموجودة من ابتداء ظهور الهربس وان كانت غير محرقة
 بشدة تزول عادة في الزمن الذي فيه تأخذ الحويصلات في الهبوط
 والهربس المنطقي قد يصطبب باضطراب عام حى ومن النادر أن يسبق
 هذا الاضطراب بظهور الحويصلات كالاضطراب العام الحمى الذي يسبق
 الحمرة وارتشاح الجلد الالتهابي وأما باقي اشكال الهربس فانها تسير
 بدون حمى والحمى التي تصاحبها لا تكون متعلقة بالهربس بل بالمرض
 الاصلى الذي ينضم اليه هذا الطفح سيما الهربس الوجهي وزيادة عن
 الاشكال المذكورة من الهربس يميز له شكل حلقى وشكل قرحى
 والتقسيم الذي انبنى عليه هذا التمييز ليس هو محل الإصابة كما في الاشكال
 السابق ذكرها بل هو وضع الحويصلات واصطفافها وهذا مماثل بالكلية
 وضع الحلمات في الايرتما الحلقية والقرحية في الهربس الحلقى تظهر

الحويصلات على شكل حلقة في جزء سليم من الجلد (سكن هذه الحويصلات تكون عادة أصغر مما في باقي الأشكال الهربس وتزول بعد ثمانية أيام أو أربعة عشر ولا تبتدى دائماً تكون قشور بل قد يمتص محتصلها ويخلف ذلك تغلس خفيف) وأما الشكل القرصي فيوجد فيه في مركز الحلقة الواحدة أو في مركز جملة منها حويصلة أو جملة - ويصلات وحويصلات الحلقات نفسها تظهر بأدوار مختلفة الظهور والسير وبالجملة فأغلب أشكال الهربس الحلقي أو القرصي تنشأ عن طفيل نباتي

﴿المعالجة﴾

حيث أن الأشكال المختلفة من الهربس تكون ذات سير دوري وتزول بعد مضي زمن بدون أن يخلفها نتائج مضرّة وإن الألام والمسكبات التي تصاحبها واهية تكون الطريقة العلاجية المتبعة في أشكال الطفح الهربسي هي الطريقة الانتظارية ويمكن حفظ الحويصلات والخشكر بشان التي تعقب جفافها من الاحتكاك وغير ذلك من المؤثرات المضرّة ففي الهربس المنطقي الأكثر تعرضاً للاحتكاك يغطى الطفح بألواح من القطن الناعم وتترك موضوعة بدون نزعها كما يستعمل ذلك في الحرق السطحي ويوصى بكثرة باتباع هذه الطريقة العلاجية الانتظارية في معالجة الهربس الحلقي وشفاء التسلخات السطحية التي تعقب انفجار الحويصلات هو الدليل القطعي وعليه المعتمد في عدم الخطأ في التشخيص وكون المريض مصاباً بالهربس لا بقرحة افرنجية أولية وهذا التشخيص سهل في الأحوال الحديثة فإن اجتماع عدد عظيم من الحويصلات وأصناف للهربس والتسلخ الذي يعقب انفجار تلك الحويصلات يعرف بشكائه فإنه ناشئ عن انفجار عدد عظيم من الحويصلات وأما بعد مكث التسليخ زمن طويلاً لاسيما إن كان قد صار منه المريض المرهوب بالآلحز الجهنمي فإن التشخيص يسهل ولا يمكن التاكيد منه غالباً بملاحظة سير المرض فإن شفي التسليخ بوضع رقادة مبللة بالماء البارد بين القلعة والحشفة وتغييرها مرة أو مرتين كل يوم في أيام قليلة أو في أثناء اسبوع جازم التأكد من وجود القرحة الزهرية

﴿المبحث السادس﴾

* (في التهاب الجلد السطحي الحاد المحبب بتكون درن عليه) *

(المعروف بالانجربة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يتكون في الانجربة ارتفاعات سطحية محدودة على الجلد قاعدتها اعظم من ارتفاعها القليل جدا وهذه الارتفاعات المسماة بالدرنات الانجربة تنشأ عن ارتشاح الجسم الحلي بمادة مصلية كما يظهر ايضا عن ارتشاح اخلية الشبكة الملمبيجية ثم اكلامر الظهور والزوال السريع للارتشاح المحدث للطفح الانجربي كان حقه ان يلجئنا لعدم اعتبار الانجربة من جملة الاضطرابات الغذائية الالتهابية كما قد يما جزئية محدودة في الجلد ذات امتداد وتحدد مخصوصين غير واضحين لولان اطلقتنا لفظ التهاب جلد في الفصل الذي نحن بصدده على كل تغير نضحي في الجلد سواء ظهر وسار بطواهر التهابية واضحة او بدونها وكذا اعتبارنا الانجربة من جهة الالتهابات الحادة مع ان هنالك احوال افيها تصاب المرضى بهذا المرض جملة من السنين يبنى على انه في مثل هذه الاحوال لا يوجد تغير مرضي مرض بل الموجود هي حالة تنكسية تتردد بفترات قصيرة لمرض حاد واحد واسباب تكون الدرن الانجربي مختلفة بعضها معلوم وبعضها مجهول وباختلاف الاسباب فميز انواع مختلفة من الانجربة الناتجة عن المهيجات الظاهرة ومن هذا القبيل ﴿أولاً﴾ الانجربة التي تنشأ عن الترمج الموضعي للجلد عقب ملامسة نبات الانجربة ووبر بعض الحوام والحيوانات الرخوة ايضا وكذا الناتجة عن لدغ البراغيث والناموس عند بعض الأشخاص عقب هرش الجلد بالظافر ﴿ثانياً﴾ الانجربة الناتجة عن بعض المطعومات وهذا الشكل يحصل عند الأشخاص عقب اكل الثوت الارضي أو عقب اكل السرطان البحري او من تعاطي الحيوانات ذات الغلاف الحري وبعض الاطراف التي أو غيرهم من المطعومات غير الاعتيادية وفي مثل هذه الاحوال يمد من

النظريات القول بأنه وصل الى الدم جوهر تحريف أثر على الجلد تأثيرا مهما
ومن الامور المهمة كون تلك الجواهر الغذائية لا تحدث الانجريدية الا عند
اشخاص قليلين وتحدثها عندهم على الدوام تقريبا بعد تعاطيها ومن جملة
اشكال الانجريدية الناتجة عن المطعومات تعد ايضا الانجريدية التي لا يندر أن
تنشأ عن تعاطي مقدار عظيم من البلمس السكوياني

ثالثا الانجريدية الحبيبة أو الحمى الانجريدية وأسباب هذا الشكل من
الانجريدية المصحوب بجمي شديدة واضطرابات هضمية وله في كافيية
ظهوره وسيره مشابهة عظيمة بالامراض الطفعية الحادة غير معلومة

رابعا الانجريدية المزمنة واسباب هذا الشكل قليل الحصول مجهولة
ايضا و يظهر في بعض الاحوال انه ناتج عن استعداد وراثي
كما عده (هبرا) شكل من الانجريدية يكون ولا بد متعاقبا بحالة
تهيجية في الرحم ويظهر عند بعض النساء في اثناء الحمل وبعضهن في اثناء
الحيض وفي غيرهن مع الاصابات المرضية للرحم وعقب وضع الفرازج
في الرحم

الاعراض والسير

الحلمات الانجريدية ترتفع دائما على سطح الجلد بقاعدة حمراء بواسطة
الاحتقان واما الحلمات نفسها فانها تكون في الغالب مبيضة لاسيما في
الاحوال التي فيها يضغط الارتشاح المصلي على اوعية الجسم وهذا ما يعرف
بالانجريدية البيضاء وتارة تكون متفرقة وتارة مختلطة ببعضها وهذا ما يعرف
بالانجريدية المختلطة طورا تكون مدة تلك الحلمات قصيرة جدا وهي الانجريدية
الوقتية وآونة تستمر زمنا طويلا وهي الانجريدية المستمرة وان كانت الحلمات
عظيمة يابسة سميت الانجريدية بالدرنية فان كانت صغيرة جدا سميت بالحلمية
او بالحزاز الانجري وان حصل في بعض المحال مع ذلك ارتشاح مصلي على
السطح الظاهر من الجلد وارتفعت البشرة على شكل حويصلات سميت
حويصلية وجميع التعقدات او الحلمات الانجريدية تصطبغ بأكلان
شديد متعجب يلجئ المريض الى الحرش دائما وهذا الاحساس والعلامات
المدركة على الجلده هي الاعراض الوحيدة لجميع اشكال الانجريدية ما عدا

الانجربة الحمية ومدة هذا المرض تكون قصيرة على الدوام كبعض أيام
 لكن الانجربة المزمنة تتردد زمنا فزمنامع فترات قصيرة تستمر مدة
 اشهر بل وسنين وذلك بان يظهر طفح ذو تعقدات او حلمات بدون أن يستمر
 كل طفح على حدته زمنا طويلا والحمى التي تسبق الانجربة او تمصمها
 ترتقى الى درجة عظيمة بحيث يجف اللسان ويضطرب النوم أو يظهر
 هذيان وان انضم لهذه الحمى اسهال شديد متكرر يدل على اصابة الغشاء
 المخاطي المعوي بحالة مرضية مشابهة لاصابة الجلد اكتسبت صورة المرض
 شكلا ثقيلا ومع ذلك فان الطفح يزول وكذا الحمى والظواهر المعوية بعد
 أيام قليلة ويعقب ذلك نقاهة مديدة

المعالجة

لوامكن الصناعة الطبية زوال أكلان الجلد الشديدين جميع الاحوال وعند
 جميع المرضى المصابة بهذا المرض الجاد القصيرة المدة الذي يزول من نفسه
 لترتب على ذلك ثمر عظيمة لكن الوسائط العلاجية الموصى بها في هذه الحالة
 اجودها غسل الجلد بمحلول جضى مخفف او دلكه بقطعة من الليون المالح
 غير انهما لا تنجح في جميع الاحوال وكذا ليس هنديا جوارقوية علاجية
 جيدة التأثير في الانجربة المزمنة ولذا تقتصر في هذا المرض على معالجة
 الاضطراب البنجي العام عند المرضى بواسطة تدابير غذائية او علاجية لاجل
 ازالة اضطراب الهضم وفساده مع مع المشروبات الروحية فانها كثيرا
 ما تحدث الانجربة عند بعض الاشخاص

المبحث السابع

* (في التهاب الجلدى السطحى المنتشر) *

(المصعوب نضع مصل على السطح السائب من الجلد بدون سيردورى)

* (المعسروف بالاجزىما) *

* كيفية الظهور والاسباب *

الاجزىما كثر اشكال التهاب الجلد حصولا وهذا المرض يطابق الهرس
 في ادور منها ان الاضطراب الغذائى الالتهابى فيه يكون قاهرا على
 الطبقات السطحية من الجلد ويحصل فيه على الخصوص نضج مصل على

السطح السائب من الجلد ليس يتميز عن أنواع الهريس من جهة تيميله
للامتداد على سطح الجلد فان ذلك واضح فيه ولوى الاجزى بالقليلة
الامتداد ومن جهة اخرى يسيره غير الا يرى وغير المرتبط بازمنة معينة كباقي
أنواع الهريس ويمكن مقارنة الاجزى بالالتهابات التزلية في الاغشية
المخاطية فان هذا المرض كانه اكثر الاصابة المرضية للجلد الظاهر فلكذلك
الالتهابات التزلية تكون فيها الاصابة المرضية قاصرة على السطح الظاهر من
الغشاء المخاطي غالبا وليست في جوهرة وكذا تصطبغ بنضج مصلى غزير
على السطح السائب منه كما وانها تمتد عادة على سطح متسع وان كانت
الاصابة ذات امتداد قليل في الابتداء يكون لها ميل للامتداد ايضا

وحيث ذكرنا ان الاجزى ما نوع التهاب جلدى منتشر مصحوب بنضج مصلى
على السطح السائب منه فمن الواضح كثرة تكون حويصلات على الجلد في
هذا المرض كانه من الواضح ايضا ان تكون الحويصلات ليس عرضا
ملازما ولا وصفا ضروريا للاجزى فانه ان كان النضج الحاصل على السطح
الظاهر من الجلد غزيرا بحيث تتكون منه نقط صغيرة وكانت البشرة ذات
مقاومة كافية بحيث تشق من النضج حالا وحينئذ تتكون حويصلات
نشأ عن ذلك شكل الاجزى بما المعبر عنه بالاجزى بما البسيطة أو الحويصلية
واما ان صار متصل الحويصلات عكرا مصفرا فيصعبا باختلاطه باخيلية جديدة
التكوين وهى التى توجد معها عدد قليل جدا فى كل حويصلة واستحداث
الحويصلات الى ثمره سميت الاجزى بما بالبشرية واما ان كان النضج ليس
غزيرا ولا مكوئال لنقط رفع البشرة أو تمزقها بانه يحرق عادة بعد زمن
قصير ثم تنفصل البشرة فيما بعد من الجسم الحلى بواسطة النضج ولذا يرى
بدلا عن الحويصلات والبثور قشور جافة ترتفع بسهولة عن الجلد المحمر
وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالبتر يا زيس الاحمر وتسمى الآن
بالاجزى بما القشرية وبالجملة فان انفصلت الطبقة البشرية بواسطة النضج
وصارت الادمة عارية محمرة ظاهرة بدون طبقة قشرية سميت الاجزى بما
بالاجزى بما الحمراء (أو بالنشاعة) وكثيرا ما يحرق النضج المتكون على
سطح الجلد بعد انفصال البشرة مكوئال قشور أو خشكر يشات ولذا ان اشكال

الاجزىما الناشئة هذه كانت تسمى سابقا بالسعفة القشرية وبالقشور
البنية وبالقشور المخاطية وغير ذلك

وقد عُدَّ الشهير (هيرا) من جملة اشكال الاجزىما الطفح الجلدى الذى
يظهر فى غالب الاحوال بحامات صلبة ويسمى بالحزاز وسمي هذا الشكل
الخامس بالاجزىما الحلبية وحيث انه فى هذا الطفح الجلدى الحلبى يحصل
نضج غزير مصل على السطح السائب من الجلد به تنفتح أخلية الشبكة
المليحية بدون أن يكون هذا النضج غزيرا حتى لا يسيل على السطح
السائب من الجلد ويرفع الطبقة القرنية من البشرة على هيئة «ووصلات» فلا
مانع من ضم الحزاز الى الاجزىما او عده منها لكن لا يجوز أن يستثنى من
ذلك به من أشكال الحزاز وجعها اشكالا مخصوصة مخالفة للاجزىما

ثم ان الالتهابات الجلدية الاجزىماوية تنشأ عن جملة أسباب منها اولاً
المهيجات اللاواسطية التى تصيب الجلد ككثير الحرارة الجوية المرتفعة
عن حرارة الجسم وبذلك تنشأ الاجزىما الناتجة عن شدة الحرارة الجوية
وكثير أشعة الشمس الشديدة وبذلك تحصل الاجزىما الشمسية وكثير
الحمامات الحارة أو الحمامات المعدنية وعن ذلك تنشأ الاجزىما المعروفة
عند العامة بحرب الحمامات المعدنية وكثير الجلبد باستعمال الوضعيات
الباردة والتشلل البارد وعن ذلك ينشأ ما يسمى عند الاثدرواينيين (أى
الاطباء المشغلين بالمعالجة بالماء البارد) بالطفح الجلدى البحرانى وكثير
الدلك بالمرهم الزبقى على الجلد وعن ذلك تنشأ الاجزىما الزبقية ويمكن
عدد عظيم من أنواع الاجزىما وازدادها جدا لو أردنا تسمية كل
اجزىما تنشأ عن تأثير مهيجات نباتية أو معدنية او جواهر طفيلية ألية أو
الضغطة أو الهرش بأسماء مخصوصة وأما الالتهاب الجلدى الاجزىماوى
الناتج عن الاكاروس الجربى فسنذكره فى مجته وكذا عده من جملة الاجزىما
الدخنية الجمر الاجزىما الناشئة عن العرق الغزير ومحصل الحوصلات فى
هذا الشكل نضج التهابى ذو خواص قلوية وايس كما فى الدخنية البيضاء
(وهو المعروف بالعرق الحبيث) ثانياً عوق استفراغ الدم الوريدى وحيث
ان هذه الاضطرابات الدورية تحصل غالباً فى الاطراف السفلى تكثر

ولا بد أصابها بالالتهاجات الاجزماوية التي تشابه من حيثية المنشأ النزلات
المعدية الناتجة عن انضغاط الوريد الباب والنزلات المستقيمة الناتجة عن
الاحتباسات الدموية في الاوردة الباسورية ثالثا تكون الاجزما ذات
ينبوع بني في كثير من الاحوال والاستعداد البني للاصابة بالاجزما وغيرها
من امراض الجلد يعبر عنه عادة بالسكر ازيا الطفحية اى سوء الاخلاط
الطفحي والاستعداد البني الطفحي ولفظ سوء الاخلاط الطفحي يعنى به
ان دم الاشخاص المصابة بالطفحات الاجزمية اوية البنية يكون متغيرا
كما وكيفا لكن حقيقة هذه النظريات لم تثبت بل بعيدة عن العقل فانه
يشاهد اجزما ذات ينبوع بني بدون شك عند أشخاص دمويين بكثرة كما
تشاهد ايضا عند الانماويين وتشاهد عند المنهوكين كما تشاهد ايضا عند
الاشخاص المتمتعين بصحة جيدة ولا تكون الاخلاط فيها متغيرة بالكلية
واما لفظ دياتيز طفحي فلا يمكننا الاعتراض عليه لانه موافق للحقيقة
ولا يتصور منه مع التآ كيدكون الاستعداد البني للاجزيما او غيرها من
امراض الجلد الموجودة حقيقة ينبوعه اضطرابات غذائية او غيرها من
تغيرات الاخلاط وسوء الفنية الطفحي لا يندران يكون وراثيا بل قد أثبت
المعلم (وبل) انه ورث في كثير من الاحوال ويعبر عنه بالاستعداد
الحائقي ومظنة وجوده متى كان اغلب الاخوة من عائلة واحدة مصابة
بالاجزما وكذا يظن وجوده متى كان الابوان أو الجدان مصابين بهذا
المرض ولا حاجة لذكر كون الدياتيز الطفحي كغيره من الامراض
الوراثية يورث وتولد به الاطفال ويوجد استعداد بني واضح
للاجزما لاسباب الاجزما البثرية عند الاشخاص المختازيرى البنية
والراشدين وبين وبعض انواع الاجزما يكون له ولا بد ارتباط بالاسباب
المزمنة اى سوء الهضم المزمن والبعوض الاخر له ارتباط باضطراب
الحيض وفي مثل هذه الاحوال وان كان لا يندرج الحصول على شفاء
الاجزما بواسطة معالجة موضعية الا ان نكساتها لا تزول الا بوزوال
الاضطرابات السابق ذكرها والغالب أن لا يمكن اثبات وجود الارتباط
بين الاستعداد الطفحي الواضح وبين اضطراب التغذية العامة والاصابات

المرضية لبعض الاعضاء وانما ظهور الاجزى ما بدون مؤثرات مضرة أثرت على الجلد وكثرة تردد ها ولومع تجنب المؤثرات المضرة المذكورة هي العلامة الوحيدة الدالة على اضطراب البنية

في الاعراض والسير

الاعراض المحسوسة للمريض في الاجزى ما هي الاحساس بأكلان والاحتياج الشديد للهرش على الدوام وهما عرضان يوجدان في جميع أمراض الجلد التي فيها يكون الجسم الحلى مصابا واما الاعراض المدركة للطبيب فقد سبق بيانها فسنذكر ان الجلد الذي هو مجلس للالتهاب الجلدى المنتشر السطحي الغير الدورى المعبر عنه بالاجزى ما يكون مجلسا لخويصات صغيرة تارة وتارة لخويصات مختلطة يثور وتارة أخرى مغطى بقشور وفي احوال أخرى يكون هذا الجزء مكوّن السطح أجمر شاع عاريا عن البشرة وفي غير ذلك من الاحوال مغطى بقشور عظيمة او فوس وفي العادة تنقسم الاجزى ما زيادة عن البسيطة والقشرية والجر او البثرية الى زمينة لكن هذا التقسيم فضلا عن كونه غير مطابق للتعقلات السلية التي لا تسمح بعمل قسم آخر من الاجزى ما مؤسسا على سير المرض أعني على اساس تقسيم مخالف لما تقدم وقد تحقق في الطب العلمى ان هذا التقسيم يؤدي للخطأ العظيم فان الاجزى ما الزمنة التي أريد جعلها نوعا آخر متميزا عن الاجزى ما الحادة تسير بسير مشابه لما يحصل في البسيطة والحمرا والقشرية والبثرية وفي الاحوال المستعصية المستطيلة المدة من الاجزى ما الحمرا قد ينضم للظواهر المرضية التي تشاهد على السطح الظاهر من الجلد تفسيرات في جوهره وهي عبارة عن ضخامة النهائية في الادمة في غالب الاحوال مشابهة للخن الغشاء المخاطى المعدى والشعبى في احوال التهابات المعدية والشعبية المزمنة ويندر أن تكون عبارة عن ضور في الادمة ناتج عن الضغط الواقع على الجلد من القشور والفوس المتراكمة عليه

واهم من تقسيم الاجزى ما وتميز أنواعها على حسب شكلها ومدتها انقسامها بالنسبة لامتدادها المختلف على سطح الجسم الى أجزى ما عامة وموضعية بدون اخذ اللفظ الاول الى معناه المطلق فان الاجزى ما العمومية وان كانت

تمتد على سطح عظيم من الجسم لكن من النادر جدا أن تشغل سطح الجسم
بتمامه والاجزى بما العمومية أندر مشاهدة من الاجزى بما الموضعية وتظهر
اما ظهورا حاداً أو تسير حينئذ بصفة الاجزى بما البسيطة والاجزى بما التشريعية
ويندر أن تكون على صفة الاجزى بما الحمرا أو انما تسير سيراً غير مناسبا
فتكتسب حينئذ في الاجزاء المختلفة من الجسم اشكالا مختلفة ايضا لاسيما
شكل الاجزى بما الحمرا بحيث يوجد سطح عظيم من الجسم عار عن البثرة
نشاع ذو قشور عظيمة والاجزى بما العمومية المزمنة مريض ثقيل مستعص
للغاية وان لم يكن مهدد للحياة محسدا على الدوام لا اضطراب في حالة التغذية
العامة للمريض

واما الاجزى بما الموضعية فكثيرا ما يكون مجلعا فروة الرأس وفي ابتداء
هذا المرض ان تكون على هذا الجزء حويصلات فالتغالب أن لا تترك
وتسقط بسرعة بالتمشيط أو الحرش وان ظهرت الاجزى بما الرأسية بصفة
الاجزى بما البثرية أو الحمرا حصل ارتشاح أو تشع عظيم فيلتصق الشعر
ببعضه ويتكون على الرأس قشور تارة سطحية رخوة وتارة ثخينة صلبة
كانت تعرف سابقا بالقشور السعفية أو الخالية وتكون هذه القشور مجلعا
للقل وتكثر فيها جدا وكثيرا ما تنقيح العقد الليفية العنقية
في أحوال الاجزى بما الفشاعة للرأس أو تنقيح وتكتسب الاجزى بما الرأسية
صفة أخرى ان كان النضج المنسكب قليلا جدا بحيث لا تتكون حويصلات
على البثرة وفي مثل هذه الاحوال تكتسب الاجزى بما الرأسية شكل
الاجزى بما القشرية بحيث لا توجد جلدة الرأس المحمرة مغطاة بعدد عظيم
من القشور البثرية المنفصلة فقط بل توجد كذلك تلك القشور بين الشعر
وباقة الملابس وهذه الحالة كانت تسمى سابقا بالسعفية وان كانت
القشور البثرية المختلطة بالنضج الجاف مكونة لطبقات كثيفة لماعة تسمى
بالسعفة القشرية للماعة وكذا شاهد الاجزى بما بكثرة في الوجه بجميع اشكالها
وعند الاطفال تكثر الاجزى بما البثرية والجرأة وتصيب على الخصوص
الوجنتين والذقن بدون اصابة الاجزاء الأخرى و سطح هذه الاجزاء يكتسب
هيئة مجرمة لماعة ويغطي بعد ظهور بعض الحويصلات والبثرات

وانفجارها بسائل صاف مصفر ثم يحرق هذا السائل فيما بعد فيتكون هن
ذلك قشور مصفرة واذا أزيلت تلك القشور قبل انطفاء هذا المرض فلا يوجد
اسفل منها طبقة بشرية حديثة بل توجد الادمة العارية الشاعنة واما الاجزما
البثرية الوجهية والحمرية فكانت تسمى سابقا بالبريريجو الوجهي وبالشفة
الوجهية وبالقشور البنية وبالقشور الثعبانية ونحو ذلك ولا يندر أن تمتد
الاجزما من الوجه الى القنطرة السمعية الظاهرة واكثر مضاعفتها بالزكام
والارماد وانتفاخ العقد الكاثنة أسفل الذقن والعنق وفي كثير من الاحوال
تكون الاجزما الوجهية قاصرة على الاذنين والحاجبين والاجفان لاسيما
زوايتيهما او على الشفتين فتكون هذه الاجزاء مرصعة بحويصلات أو عارية
عن البثرة ومغطاة بافرزائل أو قشور أو يكون شكل الاجزما المصبية لها
على شكل قشري محدود وتحصل الاجزما في محيط الحلة الثديية عند
النساء المرضعات وكذا عند غيرهن بل وعند الاطفال وح تشاهد على شكل
الاجزما الحمراء المستعصية وكذا تحصل الاجزما على شكل قشري من
محدود حول المرأة لاسيما عند الأشخاص السمان ويوجد شكل مهم من
هذا المرض وهو الاجزما الاستحيائية فتصيب في الرجال القضيب والصفن
وعند النساء الشفرين العظيمين وتسير اما سيرا حاد اعلى شكل الاجزما
البسيطة عادة او سيرا مناعيا كسيرا الاجزما الحمراء الشاعنة وهذا الشكل
يوقع المرضى في حالة يأس بسبب الاكلان الغبير المطاق المصاحبه
فيه عادة وعين ذلك يحصل في الاجزما التي تصيب الشرج وتحصل في
محيط الاست اوفى الجان غير ان هذا الشكل يكون أقل افرزا من الاجزما
الاستحيائية وقد شرح المعلم (هرا) شكلا آخر من الاجزما المصبية
للجهة الانسية من الفخذين وسماه بالاجزما الخطية وهذا الشكل يحصل على
الخصوص عند الجرحية والخيالة ويبتدى عادة من المحل الذي فيه يلامس
الصفن الجهة الانسية من الفخذين ومن هنا يمتد الى أجزاء آخر وبعد
قليل من الزمن يصيب الجهة الانسية من الفخذ المقابل بالاسنوا والانتظام
والاجزما التي تحصل في الاطراف تشاهد بكثرة في الساقين وتكون على
شكل بقع غظيمة حمر غزيرة الافرار مغطاة بقشور متفاوتة الثخن وتسمى

عادة بالاجز بما السيلانية وان كانت الاجز بما مصيبة ككثيرات المفاصل
وجدت مغطاة بطبقة بشرية هشة خشنة بسبب اختلاطها وتسكاثها
بالنضج القليل الجاف فتتشقق عند تحريك المفاصل وتكون تشققات مؤلمة
للغاية

ومن المستغرب حصول الاجز بما الى اليدين والقدمين واصابتهما معا بكيفية
واحدة فان كانت اليد هشة الوحشية هي المصابة سارت الاجز بما بشكائها
البسيط مع تكون حوصلات ويسهل حينئذ اختلاطها بالجرب وان كانت
مصيبة للجبهة الانسية فمن النادر تكون حوصلات بل الغالب أن تكون
الاجز بما الحمر مغطاة بطبقة كثيفة من البشرة الجافة المختلطة بالنضج
وحيث ان هذه الطبقة تنفصل على الدوام من راحة اليدين وأخص القدمين
على شكل قشور مبيضة سميت اجز بما راحة اليدين وأخص القدمين خطأ
بالتر يازس أو البسر يازس الراحي أو الانخمي

المعالجة

يقع في معالجة الاجز بما كما في باقي معالجة أمراض الجلد نوعان من الخطأ
فان جماعة من الاطباء يعتقدون ولا بد ان كل معالجة موضعية للاجز بما خطأ
عظيم وذلك لعدم المعلوماتية على زعمهم بان كان زوال الطفح له عواقب خطيرة
أم لا ولذا ان هذا القسم من الاطباء بسبب الخوف الذي لا أساس له غالباً
من كون زوال الطفح وشغائه بمعالجة موضعية يضر بالمرضى يأمرون غالباً
باستعمال جواهر دوائية من الباطن التي تضر بالمرضى بلا شك وفريق
منهم تابع باتبصر شهرة (هــبرا) ويرغم ان المعالجة الباطنة
للاجز بما لا فائدة فيها ويعالج جميع انواعها بدون استثناء ولو التي
حصل عقب ظهورها زوال أمراض بعض الاعضاء المهمة بوساطة علاجية
ظاهرية ولا يشك من نجاح طريقة المعلم هــبرا من انه في معظم الاحوال
تفضل المعالجة الاواسطية للجلد عند المصابين بمرض جلدي انهم
الطريقة العلاجية تكاد لا تزول الاضطرابات الغذائية للجلد مع التأكيد
والسرعة فقط بل أقل ضرراً بالمرضى عن الطرق العلاجية الباطنة
بواسطة المسهلان الشديدة والاستحضارات المعدنية وغيرها من

الجواهر الدوائية الشديدة الفعل وبالجملة فمن المحقق انه من الاعتقادات
الفاصلة ما عدا بعض أحوال استثنائية ان الخاطرة قد ينشأ من شفاء المرض
الجلدي بواسطة معالجة موضعية ومن جهة أخرى لا ينكر ان الاجز بما
التي تعالج فقط بواسطة علاجية موضعية تكثر نكساتها وانه يوجد حقيقة
بعض أحوال منها فيها الخوف من ان شفاؤها بواسطة معالجة موضعية
يعقبه اصابة مرضية في الاعضاء الباطنة مبني على الاساس

و يفرد من أنواع الاجز بما التي نعتقد ان المعالجة الموضعية الشديدة فيها غير
جائزة بل يخشى منها أولا الاجز بما التشايع لفروة الرأس والوجه عند
الاطفال فان الظاهرة المعلومة من انه عقب شفاها تحصل بسرعة نزلات
شعبية مرضية ولا بد مع هذا فليس من الثابت المحقق ان تلك الامراض
ظهرت بسبب زوال الاجز بما والعكس بالعكس اعني ان امراض
الاعضاء الباطنية زالت بسبب ظهور هذا الطفح لكن عكس هذه المسألة
ايضا ليس من الثابت المحقق ومن الجائز ان هذا الارتباط السببي الذي
أشرفنا اليه وجوده كاف في عدم استعمال المعالجة الموضعية في الاجز بما
التشايع لفروة الرأس والوجه عند الاطفال وان أريد مضاربة هذا التصور
والاعتراض عليه بانه كان من المتسلطن من منذ زمن طويل آراءه مطابقة
لذلك بالنسبة للتأثير المضرة للمعالجة الموضعية للعرب وانها رفضت فيما بعد
بالكلية وتحقق انها من الاعتقادات الفاسدة لا عترقا بامكان ذلك وتجويزه
وانه في العصر المستقبل سيحقق ان الخوف من المعالجة الموضعية في
الاجز بما المذكورة لا أساس له ونقول ولا بد ان هذا الخوف والحالة التي
عليها العلوم والمعارف الطبية في عصرنا هذا واجب التمسك به والاثبات
القوى بان غيرهما من الاجز بما عولجت بمعالجة موضعية وشفيت بدون
ضرر لا يدل على شيء بالنسبة لشكل الاجز بما الذي نحن بصدده فانه ولو مع
المشابهة العظيمة الظاهرية لأنواع الاجز بما مع بعضها يوجد بينها ولا بد
اختلافات بالنسبة لنسبها بين حالة النسب اهل العنصرى والتغذية في باقي
أجزاء الجسم

ثانيا بعد من الاجز بما التي لا يجوز فيها غسل معالجة موضعية الاجز بما

التي تحصل عند البالغين وتكون بحسب الظاهر معوضة لغيرها من
الامراض التي تكون قد زالت عند ظهورها (وهي) وان ذكر صريحا
انه عاجل وأبرأ بدون ضمير مثل هذه الاجز بما عند كثير من المرضى بمعالجة
موضعية فمع ذلك ليس عندنا جسارة ولومع شهرته في اجراء معالجة موضعية
في الاجز بما التي عندنا ظهورها قد زالت أرماد ثقيلة واضطرابات مرضية في
المهضم أو غيرها من الامراض الثقيلة

ثالثا يوصى بعدم اجراء معالجة موضعية أو اقله الاقتصار عليها بالكلية في
احوال الاجز بما المتعلقة باصابة مرضية ببنية وبالذنبه ايهض اطباء
الذين يزعمون ان كل اجز بما مجهولة السبب متعلقة بحالة ديسكرارية لم يبق
الا قليل جدا من أنواع الاجز بما التي يجوز معالجتها بمعالجة موضعية فقط ولا بد
يعتمد من التقدّمات العظيمة التي اكتسبتها معالجة الامراض الجلدية في
العصر المستجد ان لا تعتبر الاجز بما ببنية الا اذا وجد خلافها اصابات ببنية
مرضية تدل على نوعيتها وتعلقها بتغير بنى وتعالج بمعالجة عمومية
لاموضعية ومن المتفق عليه بالنسبة للاجز بما الزهرية بعدم الاقتصار على
تجويز معالجة موضعية كما وانه لا يجوز الا بصوابا بالاقتصار على معالجة
موضعية في احوال الاجز بما التي تحصل عند الأشخاص الخنازيرى البنية
والمصابين بالراشيتيسم والتي تظهر عند البنات المصابات بالخناروز وتنضم
للاصابات المرضية في الاعضاء التناسلية فان الوسائط العلاجية المؤثرة
تأثيرا موضعيا وان كانت غير مضرّة هنا الا انها لا تستعمل الا بقصد مساعدة
المعالجة العمومية المضادة للمرض الاصلى لكن تنبه على انه ليس من
النادر ان الاجز بما التي نشأت بدون شاك عن اصابة ببنية عمومية قد تصير
قائمة بنفسها بعد اطباء الاصابة البنية وزوالها وتبصر الى أن تزول وتشفى
بواسطة معالجة موضعية قوية وقد شاهدت حالة مرضية في مجدبرغ عند
أحد التجار فيها كان المريض مصابا باجز بما شوهة جدا في الوجه والرأس
مع اصابات زهرية واستمرت جملة من السنين بهد زوال جميع اعراض الداء
الزهرى وشفى هذا المريض بواسطة معالجة موضعية في قليل من
الاسابيع أجراها عنده أحد الجراحين بواسطة مرهم من الراسب الايض

وكر بونات الرصاص وذلك بعد ان استشار هذا المريض أغلب مشاهير الاطباء
 في اوروبا وأجرى معالجات زهرية قوية بدون طائل المرة بعد المرة
 ثم ان كلامنا من الطبقات الرأسية النشاعة للأطفال والاجزى بما العوضية
 والتي يكون ينبوعها بذييا يكون عددا قليلا لاجنا بالنسبة لانواع الاجزى بما
 التي فيها تستعمل المعالجة الموضعية بدون معارضة مع النجاح العظيم وانذكر
 ابتداء من الوسائط الموضعية الراسب الابيض على شكل مرهم بان يؤخذ من
 اول كلورور الزئبق (النشوى) ٤ جرام (اعنى درهما) ومن (الشهيم النظيف
 أو المرهم البسيط ٣٠ جراما اعنى أوقية) أو السليمانى الاكال على شكل
 محلول خفيف بان يؤخذ (من ثاني كلورور الزئبق الاكال من ٥ سنجرام
 الى واحد يسيرام) (اعنى من قمحة الى اثنتين) ومن الماء المقطر ٣٠ جراما
 اعنى (أوقية) فان هذين الجوهرين سهلا الاستعمال ولا تنكره المرضى منهما
 مثل المراهق القطرانية والصابون الطبي وغيرهما من الوسائط العلاجية
 ولانهم ما يكفيان في معظم الاحوال لشفا الاجزى بما ولولا استعصية في زمن
 قليل وليس عندنا مقدرة على توجيه التأثير الجيد للراسب الابيض
 والسليمانى الاكال في الجلد الملتبث بها باجزى بما ويانوجيم اشافيا لسكننا
 نذكر ان كلامنا من المرهم الراسب الابيض والاحمر يستعمل من مدة من طويل
 في الانتهاب الملتصمى ومعدود فيه من الوسائط القوية التأثير والاجزى بما التي
 فيها يستعمل مرهم الراسب الابيض على الخصوص هي اجزى بما الوجهه
 وفروة الرأس التي لا تكون ذات امتداد عظيم ولا سيما التي تؤدى لشغل عظيم
 في الامة انفي مثل هذه الاحوال قد تحقق لنا على الدوام نجاح هذه
 الطريقة العلاجية في الاكثريك وفي الطب العملي فاننا بذلك شاهدنا زوال
 الاجزى بما في قليل من الاسابيع ولو اني استمرت سنة أو سنتين بل والتي
 استمرت ثمانى او عشرين سنة وكنا نخشى استعمال المرهم الراسب الابيض
 خوفا من التلعب والتسمم الزئبقى في احوال الاجزى بما ذات المتسداد
 العظيم جدا لكن قد تحقق لنا مرة النجاح العظيم في مثل تلك الاحوال أيضا
 وصارت تهمله بدون ضرر

وقد شاهدنا عشرين ذلك أى حصول النجاح من استعمال مرهم الراسب

الايض في الاجز بما الممتدة على اجزاء من الجسم كالوجه والاطراف
العليا والسفلى مع بعض ثن في الجلد كما ذكره نماير لكننا في هذه
الحالة كنا مستمرين على الدلائل به جزاء بعد الانحرز منا طويلا بدون
مشاهدة ادى عارض منه وكنا نؤثر به على الجزء الممتدة فيه ظواهر الاجز بما
بالاكثر

والنكسات عقب استعمال مرهم الراسب الايض غير مأمونة
ولذا يجب ايقاظ المرضى وتنعيمها على حصولها و امرهم بامتناع
العلاج ثانيا متى ظهر ادى اثر من هذا المرض اذ بذلك يمكن شفاؤه شفاء تاما
ويكفي في معظم الاحوال ذلك الجزء المريض مرتين او ثلاثة بمرهم الراسب
الايض اومسه بالفرشة المغموسة في محلول السليمانى كل يوم ومن الواضح
انه ينبغي قبل ذلك الالة القشور الموجودة ونزعها وتجهيف المحل تجهيفا
جيذا قبل ذلك اومسه ومنزل مرهم الراسب الايض ومحلول السليمانى
الا كالمركبات الحارصينية والزحلية فانها تستعمل كذلك في معالجة
الاجز بما التي لا تكون ذات امتداد عظيم ولم تؤدى ثخانة عظيمة في
الجلد ويوصى باستعمال محلول كروانات الحارصين بقدر ٢ جرام على ١٨٠
جراما من الماء (اعنى نصف درهم منه على ست اوقى من الماء) و مرهم
او كسيد الحارصين وكبريتات الرصاص بقدر ٤ جرام منهم على ٣٠ جراما
من النشم (اعنى درهما على اوقية) ويوصى عند المرضى التي لا تتحمل
المراهم باستعمال مخلوط مكون من زهر الحارصين مع الجليشرين
او المسحوق المكون من زهر الحارصين مع مسحوق ثمر اليكبوداى الكبريت
النباتى او الشاء بان يؤخذ من زهر الحارصين ٤ جرام (اعنى درهما)
ومن الشاء ٣٠ جرام اعنى اوقية وفي احوال الاجز بما النشاعة سيما
التي تكون خلف الاذنين وثنية الركبتين وبين اصابع اليدين والقدمين
تستعمل بنجاح المعالجة التي اوصى بها المدهبر ابواسطة المرهم الذي اخبى لوني
المجهز بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ عجينة الشمع الذي اخبى لوني وتسخن
على حرارة لطيفة ويضاف اليها قدرها من زيت بزر السكتان ويمزج هذا
المخلوط مزجا جيدا بغير يده حال برودته او انه يوصى بالمركب الآتى وهو ان

يؤخذ من زيت الزيتون النقي ١٥٠ جراما عنى خمس اواق ومن المرتك
الذهبي ٤٠ جرام (اي عشرة دراهم) ويطبخ الى ان يستحيل الى مرهم رخو ثم
يضاف اليه من زيت الخزامى ٢ جراما عنى نصف درهم ويمزج ذلك ويعمل
مرهم او يدلك بالمرهم الذي اخيلوا في امهاتين او ثلاثة على المحل المريض
او يطلى بهذا المرهم وهو الاجود رفائدا صغيرة من السكتان ويغلى بها المحل
المريض وفي احوال الاجز بما الممتدة المصوبة بأكلان شديدة لاسيما
الاجز بما العمومية بوصى ولا بد باستعمال التشنش البارد فان هناك
بعض المرضى لا تتحمل الوسائط المهيجة الشديدة الا في ذكرها وقد اوصى
المعلم هيرابال تشنشل انله مرة او اثنتين او ثلاثة في النهار ويكون استعماله مدة
عشر دقائق او ١٥ دقيقة في محل حار اذ بهذه الطريقة يمكن شفاء الاجز بما
ولو المستعصية جدا على جميع الطرق العلاجية ولو ان ذلك يحتاج لزمن
طويل وجهاز التشنشل يمكن فعله بشئ قليل

وبدلا من التشنشل البارد يمكن استعمال المسكمدات الباردة في الاحوال
الحديثة من الاجز بما الموضعية لاسيما التي لا تتحمل الوسائط المهيجة
وكما استعملت الاجز بما واشترك جوهر الادمية في الاصابة السطحية
وكان لمس الجلد باسواتعمر رفعه على هيئة ثنية احتاج الحال لاستعمال
الوسائط الدوائية المذوحة بكثرة والجاري استعمالها في معالجة جميع
الامراض الجلدية المستعصية وذلك لانها تحدث تنوعا عظيما في
تغذية الجلد

وقد دلت التجارب على ان الاستحضارات الكبريتية التي هي من جملة تلك
الوسائط قليلة الجدوى في معالجة الاجز بما ولا تثمر الا في احوال نادرة منها
لا سيما في الاجز بما الخطية كما قال هيرابال التي تظهر في ثنية الفخذين
بل مضرة في غالب احوالها بخلاف كل من الصابون الاخضر والقطران
والبوتاسا الكاوية فانه ذو منفعة عظيمة في جميع احوال الاجز بما العتية
المصوبة بارتشاح عظيم في الادمية ولندكر مع الاختصار كيفية استعمال
تلك الجواهر طبيا لما ذكره المعلم هيرابال فنقول أما الصابون الاخضر الطبي
فيسدك به المحل المريض مرة او مرتين كل يوم او يطلى به رفائدا من الصوف

ويغطي به المحل المصاب مع تغييرها مرتين كل يوم وينبغي التماسد على ذلك
ثلاثة ايام او ستة ثم يوصى باستعمالها بدون نزع المرحم الموجود به او الرائد
الموضوعة عليه ثم يؤمر المريض بعد ثلاثة ايام بمحام وثوق المعالجة مدة
يوم وينبغي تكرار هذه الطريقة الى ان يزول ثخن الادمة بالكلية ويقف النشع
وهذا الزمن الذي فيه تسهيل الاجزما النشاعة الى اجزما قشرية جافة يعتبر
هنا انه الوقت الذي فيه يبدل استعمال الصابون الطبي بالقطران وقد فضل
المعلم المذكور من جميع انواع القطران ما كان قليل الكراهة في الرائحة وهو
المسمى بالزيت المسكوبي المجهز من شجر حب العرعر (المسمى بزيت
السكراد) ويفضله عن القطران الممتد المجهز من خشب اشجار الفصيلة
الخروطية (وهو القطران السائل الاعتيادي) ونحن نستعمل من تسنين
عديدة بدلا عن القطران النقي او مراحمه محلولاً من القطران في السكول
(بان يؤخذ من القطران السائل ومن الكؤل اجزاء متساوية او من القطران
السائل والصابون الاخضر اجزاء متساوية اعني ١٥ جراماً من الكؤل ٣٠
جراماً اعني اوقية) فهذا المحلول كاف في جميع الاحوال وسهل الاستعمال
عن القطران النقي والمراحم القطرانية ويسهل نزعها عن الجلد والدلك بمحلول
القطران ينبغي تكراره مرة او مرتين كل يوم الى ان تصير الطبقة المسمرة
المستكونة على الجلد مسكوبة ولا تنفصل منه بسهولة بعد زمن يسير بل
تبقى جلبة من الايام ولا تظهر بعد انفصالها اجزاء الجلد المريضة
مجرة فانه مادامت القشرة القطرانية تنفصل بسهولة والجلد الكائن
تحتها اجزول ذلك على عدم انتهاء التغير المرضي ثم ان كان استعمال
القطران من الظاهر يحصل في العادة بدون ضرر ينشأ عند بعض
المرضى عقب الدلو كانت الاولى به التهابات جالدية شديدة تمنع عن استمرار
المعالجة واكثر من ذلك حصولاؤه عقب الدلك المستمر بالقطران على
اجزاء ممتدة من الجاسديط اظواهر تخرج شديداً في المساء والسكيتين
كالقئ والاسهال وخروج بول مسود ذي رائحة قطرانية واضحة تظهر
خصوصاً عند اضافة بعض نقط من حمض الكبريتيك اليه وكالحجى والدوار
وتحو ذلك وهذا لا بد يلجئنا لابقاف المعالجة وكأنه يوجد بعض أنواع

من الاجزما لا يجوز فيها استعمال كل من الصابون الاخضر والقطران
يوجد أيضا أحوال أخرى من هذا المرض فيها اتعمل المرضي بالمعالجة
المذكورة بلا مائل وهذه هي الاحوال التي فيها ينبغي استعمال كل الجزء
المرضى من الجسد بمحلول مركب من البوتاسا السكاوية ٥ جرام على ١٠
جرام من الماء أعني درهم ما على درهمين والسكي بهذا المحلول لا ينبغي فعله
الامرأة في الامسوع وعند اجرائه ينبغي مس الجزء المريض بسرعة بواسطة
فرشة من النسالة صارغسها في المحلول ثم يغطى الجزء المريض بالمكمدات
الباردة بهمة وذلك لاجل تطهير اللام الشديدة التي تنتج عن ذلك وهذه
الطريقة تشفى الاجزما ولو المصيبة جدا عقب تكرار المس بهذا المحلول
خمس مرات أو ست

وبالجملة فان قين هل ينبغي الاقتصار على المعالجة الموضعية في الاحوال
التي فيها وان شغيت المرضي من الاجزما بالكمالات تكون صانعة عن
النكسات أولا وهل ينبغي أن ينضم الى المعالجة الموضعية معالجة عمومية
في مثل تلك الاحوال ولولم توجد اضطرابات بنمية عمومية كداء الحنازير
والراشيتة من أحوال سوء الهضم المستتيلة المستعصية أو اضطرابات
الحيض أم لا فاما المعلم هيرافيرف ذلك البتة وأما المعلم ويلفانه يقول أيضا
بأهمية المعالجة الموضعية كما علم هيرالا أنه ينضم للمعالجة الموضعية استعمال
المنقوعات الملية ويودور البوتاسيوم بمقادير يزداد فيها على التدرج
ولو في الاحوال التي فيها لا توجد اضطرابات بنمية مدركة ونجاح هذه
الطريقة العلاجية في كمينك المعلم ويل واضح للغاية حيث يبرمه ملاحظة
حالة المرضي التي تعالج عنده حال حصول النكسات وترددهم الى مارشاته
ونحن لا نقول بتجربته فقط بل نعتبر من الضرورى ضم معالجة عمومية
للمعالجة الموضعية في جميع الاحوال التي فيها مع تجنب المؤثرات المضرة على
الجلد يحصل نكسات متكررة من الاجزما فان من الامور القليلة الفائدة
كون المرضي بعد شفائه وودها الاجزما بعد قليل من الاسابيع كما كانوا
ولا حاجة للبحث الدقيق المستميل حتى توجد امثلة عديدة مثبتة لكون بعض
الاشخاص التي عولجت باجود طرق علاجية من اطباء مشهورين

بعداً في معالجة الامراض الباردة مصابة من مثل الحسنيين باجزيماً
وان هذه الاشخاص شفيحت منها مدة قليلة من الزمن عقب
استعمال اى ماريقة علاجية ولا يمكن جعل قواعد عامة بخصوص اجراء
المعالجة العمومية عند مثل هؤلاء الاشخاص المصابين بالاجزيماء الناشئة
عن سبب بنى طفى لكنه على وجه الاجمال لصعوبة في ايجاد معالجة
عمومية لاثقة فان الحالة البنية للاشخاص وتغذيتهم وحالة معيشتهم من
الامور التي يرتكن اليها في تأسيس الطريقة العلاجية التي يترتب عليها
تنويع معيشتهم مع النجاس وكذا بنيتهم بدون ضرر وبما يوجب الاسف
كون التأكد من النجاس الطريقة العلاجية للعلم هيرافي كثير من الاحوال
وقد يافى فقط يؤدي للرجوع الى الطريقة القديمة الفاسدة التي على حسبها
تعالج كل اجزيماء باستعمال المسهلات على افرادها فانها في الاجزيماء الزمنة
لا تنمر مطلقاً بل مضرّة في الغالب لكن متى كان عندنا مريض مصاب باجزيماء
مزمعة وكان عنده تولد شحم غزير وكان كثيراً ما كل والشارب زيادة عما
يحتاج اليه تعويض جسمه ومعتاد على تعاطي جواهر غذائية مولدة للشحم
بكثرة فلا بد وان يشفى هذا المريض بسرعة ويستطيع شفاؤه زماناً طويلاً متى
استعمل له معالجة سهلة منتظمة وانتظم التدبير الغذائى زيادة عما اذا
اقتصر عند على استعمال معالجة موضعية ولم ينفذ الى التدبير
الغذائى لاقى انتهاء المعالجة ولا بعدها ونحن نوصي في مثل هؤلاء المرضى
متى كانت الاجزيماء معتدة بمطبوخ (زيتون) وان كان تركيبه غير
معقول وذلك لان المرضى يمتثل عند استعماله لتدبير غذائى جيد

وأما اذا كانت حالة الاشخاص المصابة بالاجزيماء مغيرة للاشخاص السابق
ذكرها بان كانت غير جيدة البنية ونحيفتها فلا ينبغي اعطاؤها تلك
المسهلات ولا تقليل تغذيتها حيث لو أجرينا ذلك لتناقل المرض فعند مثل
هؤلاء الاشخاص ينبغي ولا بد التمسك بحالة معيشة بها تقوى تغذية الجسم
مع استعمال زيت السمك ومماثل ذلك من الجواهر المعوضة كالبركات
الحديدية والكينية والزنكية ونحو ذلك

﴿المبحث الثامن﴾

* (في التهاب الجلدى السطحى المنتشر المصوب) *

*) تكون بثور صغيرة المعروفة بالامبتيجو *

*) كيفية الظهور والاسباب *

ينفرز في الامبتيجو كما في الاجزىما نضج معلى على السطح الظاهر من
الادمة مع تكون كمية عظيمة من اخلية جديدة تختلط بالمادة المصابية ولذا
لا يكون متحصل الحويصلات الصغيرة المتكون في التهاب الجلدى
البثرى صافيا شافيا كما في الاجزىما بل متعكرا مصفرا وعند التقاب
الطبية البشرية المصفرة المغطية تلك البثرات ينسكب سائل صديدي
يستحيل فيما بعد الى قشور صفراء مخضرة وحيث ان المتحصل المعلى
للحويصلات في الاجزىما يختلط على الدوام بعد قليل من الزمن بالاخلية
الجديدة ومتحصل بعض الحويصلات في الاجزىما البثرية يكون كذلك مختلطا
بكمية عظيمة من اخلية جديدة ويظهر مصفرا صديدا فحين الواضح انه
لا يمكن وضع حد فاصل بالدقة بين الاجزىما والامبتيجو وانه لا بد من وجود
اشكال بينهما يمكن درهما مع الاجزىما كما يمكن درهما مع الامبتيجو وهذا
يقال على الخصوص بالنسبة للطفيح الشاع للراس عند الاطفال المعبر عنه
نارة بالاجزىما الراسبية او الوجهية ونارة بالامبتيجو او (البروريجو)
للراس او الوجه

ويعمد من اسباب الامبتيجو ابتداء المهيجات اللا واسطية المؤثرة على الجلد
تأثيرا ظاهريا وكلما كان الجلد شديد التأثر سهل انتاج المهيجات الواهية
للالتهابات وتكون نصع خللى على السطح الظاهر منه فهناك بعض
اشخاص يكفى عندهم وضع مساحيق راتنجية أرضيات فائرة فتحدث
بسرعة ظهور طفح على الجلد وشدة تأثر الجلد تو جد خصوصا عند
الاشخاص ذوات الجلد الرقيق البشرة الابيض اللون لاسيما عند الاشخاص
الختاز يرى البنية بل عند هؤلاء قد يظهر الطفر البثرى بكثرة بدون
مهيجات مدركة أثرت على الجلد ولذا انه يعد مع التهابات التزيية
الزمنة والاتفاحات العقلية من الاعراض المهمة لاداء الخنازير والجملسة
يشاهد الامبتيجو خصوصا عند الاطفال بدون مهيجات مدركة على الجلد

وبدون استعداد خناز يرى اوسبب آخر معلوم ويقال على العموم في
 مثل هذه الاحوال التي ليست بنادرة ان الذي أحدث الطفح هو الغذاء
 القوي ولا سيما اللبن الام الدم او حرايته وليس لهذا القول ادنى ايباس
 قوى يرتكن اليه

في الاعراض والسير

التهاب الجسم الحلى الذي ينشأ عنه التضخم في الام يتهيؤ يكون مصحوبا
 باكلان واحتياج للهرش وهاتان الظاهرتان المحسوستان مع وجود بثرات
 صغيرة مدية على قاعدة محجرة او وجود قشور مصفرة مخضرة تكون
 الاعراض الوحيدة للامبتيجو ويندر ان يحصل في التهاب الجلد البثرى
 الشديد جدا ذى السير الحاد حتى شديدة واضطراب بنى عام وعلى حسب
 كون الطفح البثرى قاصرا على جزء من الجسد او منتشرا على سطح
 عظيم منه يميز الامبتيجو الى محدود ومنتشر ويشاهد الاول غالباً في الوجه
 لاسيما الوجنتين والثغتين والانف وفرؤ الرأس لكن لا يندر ان يشاهد في
 الجذع والاطراف فيسأ هذا به داء يقع محجرة منفردة عن بعضها او مختلطة في
 محال من الجسم مستديرة او بيضاوية الشكل وغير منتظمة متفاوته الاتساع
 فان كان هذا الاحمر ارشداً جديداً والجلد يتورم اما ووجدت الحى نشا شكل
 الامبتيجو الذي سماه (ويليان) بالامبتيجو الجرى ثم يظهر على القاعدة
 المحجرة بسرعة نكت صغيرة مصفرة يعظم حجمها بسرعة حتى تصل الى حجم
 العدسة وترتفع عن موازاة الاجزاء المحيطة بها بقليل وعماق قريب من
 الايام تنفجر تلك الحويصلات ويستفرغ من مصلها فيجف ويكون لقشور
 مصفرة يبقئ أسفلها انضغ قليل من سائل قيحي وبذلك يحصل ازدياد في ثخن
 القشور وفي اثناء ذلك تظهر بثرات جديدة حولها وعند نزوع تلك القشور
 التي قد نكتسب احيانا ثخنة عظيمة توجد أسفلها الآدمة التي تكون عارية
 ابتداء ثم تغطى بنضغ قيحي مصلى وتكون مغطاة في اثناء هذا المرض
 بطبقة بشر يقرقية حديثة التكوين تلغ الآدمة من خلالها بلون احمر
 وعند فحرك الاجزاء المريضة يحصل فيها تشقق وسير الامبتيجو المحدود
 يكون عادة تحت حد بحيث ان التغير المرضي فيه ينتهي في ظرف اسبوعين

او ثلاثة عقب انفصال القشور ومع ذلك توجد احوال يكون فيها هذا الشكل من الامتيجو مزمننا بحيث يستمر جملة أشهر بل سنين في بعض احوال نادرة فيها يحصل في جوهر الادمة كما في الاجزما المزمنة تغير بحيث تصبح تخينة متبسة

وأما الامتيجو المنتشر فانه يصيب على الخصوص الاطراف وكثيرا ما يكون منتشر على جميع احدها بل وعلى جميع سطح الجسم وكل من احمرار الجلد الذي يحصل مع كلان شديد وظهور بثرات وانفجارها وتصبح القشور واذا ياد تخنها شيئا فشيئا مع تكون بشر حولها وسقوط تلك القشور يحصل كما في الشكل السابق انما شكل الامتيجو المنتشر كثيرا ما يكون ذا سير بطيء مزمن ويؤدي غالباً لتقرحات سطحية لان النكسون الخاوي الجسدي لا يحصل على سطح الادمة فقط بل يحصل كذلك في جوهرها

المعالجة

كثير من احوال الامتيجو لا يحتاج الى وسائط علاجية قوية فانها تنشق من نفسها بعد بعض اسابيع ولذا تنصرف في الاحوال الحديثة على الامة القشور زمنافزنا بواسطة الزبد الغسير المالح او المرهم الحلو البسيط او غيرهما من الجواهر الدسمة وفصلها بواسطة الضمادات الغائرة الملينية وان استمر هذا المرض جملة اسابيع او اشهر فلا تفر في المعالجة الانتظارية وحينئذ يلجأ تبعاً للقواعد التي سبق ذكرها في البحث السابق لاجراء معالجة عامة او موضعية والاولى يحتاج لها بكثرة في الامتيجو زيادة عما في الاجزما فان شكل التهاب الجلدى البثرى يكون في كثير من الاحوال عبارة عن ظاهرة مرضية من فواهر اضطراب التغذية العامة

اما المعالجة الموضعية للامتيجو ففيها تستعمل الوسائط العلاجية التي تقدم ذكرها في المعالجة الموضعية للاجزما انما يندفع الوسائط المهيجة الشديدة المستعملة بكثرة في الاجزما وذلك لشدة التهاب في المرض الذي نحن بصدد المتصف بالتكوير الفجسي العظيم وبفضل فيها كل من الراسب الابيض واوكميد الخارصين وكبريتاته والكي الخفيف بثرات الفضة عن الاستحضارات الكبريتية وذلك بالصابون الاخضر الطبي والقطران ونحو ذلك

﴿المبحث التاسع﴾

* (في الالتهاب الجلدي المصحوب بشور عظيمة منعزلة عن بعضها) *

(المعروف بالاكتيما)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

بشور الاكتيما وان ارتفعت على الدوام على قاعدة شديدة الاحرار متفتحة بسبب ارتشاحه الكن ولومع ارتقاء الالتهاب في هذا المرض ينبغي ان تكون الاخلية القيصية في هذا الشكل من الالتهاب الجلدي قاصرة على السطح الظاهر ولا يمتد في الغالب الى جوفها وفي هذه الحالة الاخيرة تؤدي الاكتيما الى تقرح في الجلد تخلفه ندب التحامية وما ذل الا لكون فقد الجوهر الناشئ عن ذلك يستعاض بمنسوج خلوي جديد لتكوين ينكمش فيما بعد

وتنشأ الاكتيما غالبا عن تأثير مهيجات على الجلد ومن ذلك الطفح البثرى للاكتيما الناشئ عن تأثير مرضهم الطرطير المفتي (المعروف بالاكتيما الاكتمونية) وكذا الذي يحصل في ايدي راذرع البنائين والحدادين وصناعي الاقبال بتأثير الكلس او الجزيمات المنطوية من الحسد بالمهامة بالشرر والتي تنشأ عن الهرش الشديد عند وجود حيوانات طفيلية في الجلد أو طفح ذي اكلان وفي احوال أخرى قد تظهر الاكتيما بدون تأثير مهيجات على الجلد كما يشاهد ذلك في سير بعض الامراض الجلدية الحادة فتشابه حينئذ في حصولها الهرس وبالجملية فقد تشاهد الاكتيما عند بعض الأشخاص ذوات المعيشة الرديئة المنهكة أو بعض الامراض الثقيلة المستطيلة وكما ذكرت في السحون والاماكن الرديئة الهواء كما انها تشاهد عند المدمنين على السكر والمصابين بالسكر بوط وهذا يسمى بالاكتيما النحوية واما الاكتيما الزهرية فسنذكرها في محله

﴿الاعراض والسير﴾

كل من الالتهاب الجلدي وارتشاحه الذي يسبق تكون بشور الاكتيما ويصحبه يكون مصحوبا بالام ناخسة او محمي عند الأشخاص الكثيري التنبيه والبشور الاكتيماوية تسكاد لا تسكون عديدة مطلقا وتكون منعزلة

ومحاطة بهالة عريضة جها وبجاسها في الغالب الاطراف والايتان والمصدر
والعنى ويندر ظهورها في الوجه وعظم هذه البثور النصف كبرية
التي تكون مرتفعة عن الاجزاء الموازية لها يفوق احيانا حجم الحمصة
ومعها يكون عبارة عن سائل مصفر قبيح او حمر بسبب اختلاطه بالدم
وبعد بعض ايام يحف محصل البثرة فيسكون خشكر يشان مستديرة موهرة
تبقى سطحية وتسقط بعد قليل من الزمن وربما مكثت زمنا طويلا ويزداد
فحتها شيئا فشيئا متى استمر التقيح السكاثر اسفلها وفي الحالة الاولى يخلف
سقوط الخشكر شدة بقعة محجرة مغطاة بطبقة بشرية حديثة وفي الحالة الثانية
يخلفه تقرح سطحي او غائر في الآدمة وسير الاكيميا يكون اما حادا او مرضنا
ففي السير الحاد الذي تسير به اشكال الاكيميا الناجمة عن مؤثرات ظاهرية
والتي تظهر في انما سير الامراض الجمية يبقى الحال اصرار على طمع واحد
من البثور الاكيمياوية والبثور نفسها لا تبقى الا زمنا قليلا والخشكر يشان
التي تسقط بسرعة لا يخلفها قروح بالسمية او بخلفها قروح سطحية
واما في السير المزمن الخاص بالاكيميا النحوية فان المفعول يتكرر
في فترات كثيرة اوقايلة واجرار الحادة الا ان نهاية المحيطة بها يكون مزرقا
ومحصل البثور يكون مسمر او وجعا ويظهر اسفل الخشكر يشان السميكة
التي تكون شيئا فشيئا وتسقط بيطة تقرحات عيقة مستعصية عن الشفاء

﴿المعالجة﴾

الاكيميا النحوية ذات السير المزمن التي تؤدي لتقرحات في الجلد هي التي
تحتاج لوسائط علاجية قوية فينبغي اولا الاجتهاد في ازالة حالة النحوة
بتجديد الهواء واستعمال تدير غذائي مقو واعطاء الزبيب والاستحضارات
الكينية والحديدية ومن الظاهر تستعمل الضمادات الفاترة مادامت
الظواهر الالتهابية فان تكونت قروح ضعفية ينبغي استعمال معالجة
منبهة لا سيما من القروح بالجحر الجهنمي

﴿المبحث العاشر﴾

* (في الالتهاب الجلدي السطحي المحبوب بجملة حوصلات عظيمة) *
﴿او فقاعات منفردة المعروفة بالمفقيوس﴾

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

في البمفيعوض تشاهد حويصلات مملئة بسائل شفاف غير مرئية تشبه الحويصلات التي تنشأ عن استعمال الحرايق او حرق الجلد وليس عندنا أدنى توجيها شاف لهذا التغير المرضي الغريب والبمفيعوض الذي يحصل عند الاطفال المولودين جديدا يكون ينبوعه في غالب الاحوال زهر يات مصاب به الاماغال اكثر من البالغين وبعض المرضى يتضح عندهم قبل ظهوره علامة سوء التقية العمومية النحوية والبعض الاخر يبقى حافظا لهيئة مصيبة عظيمة ولم يزلوا حافظين لها في اثناء ظهور هذا الطفح وقبله الملمحصل النوبة عندهم بتردد الطفح والامتناع عن النوم وقد يشاهد حصول هذا المرض منتشرا كما انه وبأى

﴿ الامراض والسير ﴾

التغيرات الابتدائية التي تشاهد احيانا في الجلد عبارة عن ظهور بقع حمرة مستديرة معصوبة باحساس بأكلان او حرق وتكون شاغلة في الغالب للظهر والبطن والاطراف وهذا قليل من الساعات يظهر في مركز تلك البقع حويصلات صغيرة شفافة تعظم بسرعة بحيث تشغل جميع سطح البقعة او انهم ما تترك هالة حمرة ضيقة حولها والحويصلات اما ان تكون مستديرة او بيضاوية من حجم العدسة او الكزرة الى حجم الجوزة ومحصلاها يكون ابتداء شفافا ثم يصير متعكرا البنية وبعد ثلاثة ايام او اربعة تنفجر تلك الحويصلات ويضافها تسطح ينفرز منه مدة بعض ايام مادة مصلية ثم يتغطي فيما بعد بقشرة رقيقة يتكون اسفل منها طبقة بشرية جديدة والمحل الذي كان يجلسا للحويصلة يبقى فيه بقعة يجم منسية لكن قبل شفاء الحويصلات الابتدائية تتكون حويصلات جديدة وهذه بعقبها اخرى وعلى هذا يتعاقب الطفح جملة من اوقات بحيث يمكن مشاهدته جميع اداوره على جلد المريض وجميع هذا قد يستمر في بعض الاحوال جملة أسابيع ثم ينتهي المرض ومع ذلك في النادر ان يقتصر الحال على نوبة واحدة بل الغالب ان هذا التغير المرضي يتكرر بعد مضي أسابيع او اشهر والمريض يأخذ في السير الذي كان قد أخذ في المرة الاولى ويكون في العادة ذامدة مثل السابقة بحيث

لا يتندر مشاهدة النكسة ثلاث مرات أو أربعة
وفي أحوال أخرى لا ينطفي ظهور الطفح الجديد بعد ثلاثة أسابيع أو أربعة
بل يستمر جملة أشهر فالحالة الصحية العامة للمرضى وإن كانت غير مرضية
في ابتداء هذا المرض إلا أنه يتتبع فيما بعد ولا بد لونه. باستمرار هذا المرض
ويضعفون ويقعون في حالة ضعف سواء كان هذا ناتجا عن فقد الانحلاط
أو من كون سير البمفيجوس المجهول علينا له تأثير ضار على التغذية العامة
وكل من النخافة والنوكة وامتقاع اللون يتقدم بسرعة حتى كان نوم المريض
مضطربا بتكرار الطفح الحويصلي المصوب باكلان شديد وعلى هذا جميع
المرضى المصابة بالبمفيجوس المزمن تلك ولا بد في حالتهم وكثرة وقد وقع
تجادل عظيم في كون هذا الداء من مناع على الدوام أو أحدا والذي يظهر لنا أن
هذا التجادل خال عن المعنى وإنما هو اختلاف في اللفظ فقط فإنه من الجائز
تسمية البمفيجوس بالحاد متى كان الطفح قاصر على زمن من ثلاثة
أسابيع إلى أربعة كما أنه يجوز التعبير عن البمفيجوس المتعدد فلهو
جملة مرات بالزمن متى اعتبرت التغيرات الخشالية عن الطفح المستطيلة جملة
أشهر والتي يكون فيها المريض متمتعا بصحة جيدة عبارة عن أدوار كاملة
لهذا الداء وهناك شكل مخصوص خطر من البمفيجوس الذي شرحه كل
من المعلم كارناو وهبر وأسماء بالبمفيجوس العريض وفي هذا الشكل
لا تكون الحويصلات قليلة أو حويصلة واحدة والحويصلات فيه
لا تكون متليئة كما في باقي أشكال البمفيجوس وإنما يكون لها ميل للسعة
والامتداد والسائل في هذا الشكل يسبح على الدوام أسفل البشرة إلى أن
تنفصل عن الأدمة بالكلية أو تكون مغطاة بقشرة رقيقة مسمرة وهذا
الامتداد يكتبه هذا التغير المرضي في مدة ستة غايبا وفي أثناء ذلك تبني
بعض أجزاء من الجلد لكنها تصاب ثانية فيما بعد وهذا المرض ينتهي على
الدوام بالموت

﴿المعالجة﴾

معالجة البمفيجوس لا تكون الاعرضية فإن كلامنا من أسباب هذا المرض
وطبيعة الكاشكسب أو السكرازي الثاني عنها مجهول علينا ولومع

الابحاث المدونة للعلم بمبرجر التي أثبتت وجود النوشادر في البول
المستفرغ حديثا وفي الدم وفي مقعر الحويصلات عند المصابين بهذا المرض
ولذا تقتصر في المعالجة على حفظ قوى المريض الى ان ينطفئ المرض من
نفسه او اقله يجتهد في منع حصول التموكث من مناطق ولا حاجة لذكر الوسائط
الغذائية والدوائية التي تستعمل من هذه الحيشية فانها معلومة وينبغي
كما هو الجارى في مثل هذه الاحوال تجنب جميع ما يحدث سرعة الغفد
العضوي واعطاء جميع ما يعوضه ويعوق تقدمه واما المعالجة الظاهرية فقد
اوصى العلم ههنا بتجنب جميع الحمامات والمراهم وكذا الوسائط الباطنية
والنوعية وانما يوصى بان يذرع على الاجزاء العارية مسحوق الكبريت
النباتي والنشاء

﴿ المبحث الحادى عشر ﴾

﴿ في الالتهاب الجلدى المحسوب بفقاعات سطحية منزلة ﴾

(ينشأ عنها قشور ذات شكل مخصوص ويعرف بالرويبا)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

تكون حويصلات أو فقاعات منزلة يشترك فيه البمفيجوس مع الرويبا
لكن عوضا عن انفجارها بسرعة في المرض الاول تمكث زمنا طويلا في
الثانى ومحصلاها يصير قيصبا او غالبا مدمما يحيف فيستحيل الى خشك ريشة
وينتفخ وينضج جديد في باطن الجلد وتقرحه وجفاف محصله تصير
الخشك ريشة المكونة سمكة وقواط الحويصلة بحافة يحيف محصلها أيضا
لكن حيث كانت هذه الخشك ريشة الدائرة أكثر تغرطاجا عن المركز
تكون الخشك ريشة في الرويبا أكثر تغرطاجا عن المركز ومفرطة في الدائرة
تكون شبيهة بحفظة القوقع وتكون الرويبا في الغالب عرضا من اعراض
الداء الزهرى البنى وأما اسباب الرويبا غير الزهرية فغير واضحة وهذا
الداء يشاهد كالاكتيما النوكية عند الاشخاص المنوكين غالبا

﴿ الاعراض والسير ﴾

يجلس الرويبا الزهرية غالبا الاطراف والحويصلات المتكونة على
قاعدة حمرة تكون منزلة غير متوزنة ومحصلا الذي يكون ابتداء صافيا
يصير مفرأ ومضأ أو حمرا كذلك والقشور الناتجة عنها تكون ذات لون

دا كن ثم اكتسب الهيئة السابقة وعلى حسب اختلاف سمك القشور تخففا
ورقة تميز الرويا الى بسيطة و بارزة وبعد سقوط هذه القشور تشهد سلطات
أو قروح غائرة تنغطي بسرعة بقشور جديدة وقد يحصل بدل النقرح تموت
غزيرتي يعرف بالرويا الغنغر ينية أو الحشكر يشية ومحصل الفقاعات
في هذه الحالة يكون وبها أوسودا وتوجد الادمة أسفل الحشكر يشية
متهتكة ومختبلة الى قروح غسرة الشفاء وكأن كلام من الرويا البسيطة
والبارزة ينتمى بالشفاء ويخلفه ندب التحامية سطحية بجمجمة تسمى
الرويا الغنغر ينية عكس ذلك بالهلاك عقب تقدم النموكة

المعالجة

معالجة الاضطراب البني في الرويا هي الرأس الوحيد فني أمكن ازالته
تكون أسفل القشور طبقة بشرية والتحات الاجزاء المريضة فان لم يتيسر
ذلك كانت المعالجة موضعية ايضا مجردة عن الغائرة ولأجل المساعدة
على الشفاء ينبغي وضع الضمادات الفائرة لالانة القنور واما القروح التي
تكون أسفلها فتحتاج لمعالجة منبهة لاسيما المس بالجر الجهنمي او محاولة المذكر

المبحث الثاني عشر

(في البسور يازس أي الطفح الجلدي القشري)

كيفية الظهور والاسباب

يظهر في البسور يازس على الجلد سطح صغيرة أو كبيرة مستديرة تكون
مجلسا لتكون بشري عظيم على شكل قشور مبيضة وقد شاهد الطبيب
(ورتميم) في أبحاثه التشريرية غوا في الحلمات الجلدية وتورد الى الاوعية
المارة فيها ووجد (فيمن) ان كلام من الخلايا البشرية والشبكة
المبيجة في حالة نمو عظيم والحلمات تزايدت في الحجم لاسيما السكاثة في العظم
انقديم وكل من الادمة والجسم الحلمي تمتلئ بخلايا عديدة على طول الاوعية
وحيث قد فالبسور يازس يعتبر تغيرا في ارضيا في الطبقات السطحية من الجلد
والجسم الحلمي ومع ذلك فكل من غوا الاجسام الحلية وتراكم الخلايا الى
من الظواهر الواصفة لبسور يازس بل ان هذه التغيرات تبعا الراي (فيمن)
توجد في غير هذا المرض من الامراض الجلدية المزمنة كالجذام والبروريجو

ونحو ذلك وأسباب البسور يازس بسهولة فان هذا المرض الذي يوجد في جميع طبقات العالم لا يمكن اعتباره ظاهرة دسكرازية فانه يصيب اشخاصا سليمين ذوي صحة جيدة بل اصابته لهؤلاء أكثر من الاشخاص الضعفاء المنهوكين والمؤثرات الظاهرة المهيبة لاتحدثه وقد يكون في بعض الاحوال وراثيا والداء الزهري لا يكون مطلقا سببا في حصول البسور يازس الحقيقي وتصاب به الرجال والنساء على حد سواء وأما الاطفال والشيخوخة فيندر اصابتهما به وفي العصر المستجد قد ذهب بعضهم الى أن البسور يازس متعلق أيضا بمرض عصبي

الاعراض والسير

الطفرح الجلدي البسر يازي يظهر دائما على شكل نقطة صغيرة مخمرة وفي حجم رأس الدبوس مثبت عليها قشرة مبيضة (وهذا ما يسمي بالبسور يازس النقطي) ومن هذا الشكل تنشأ تبعاهيرا الاشكال المختلفة من البسور يازس وذلك بامتداد التغير المرضي وانتشاره ثم تفرقه فلا ينشأ من البسور يازس النقطي بامتداد النقطة من دائرتها نوع هالة عدسية وهذه مالم تنفصل الطبقة البشرية المتراكمة عليها يعود اثرات ظاهرة تشابه النقطة السابقة ويسمى حينئذ بالبسور يازس النقطي وباتساعها زيادة عن ذلك تسكتسب شكلا شبيها بقطع المعاملة ومن هذا الشكل يساعد اشكال أخرى أيضا كالبسور يازس النجمي والحلقي الذي تدميه العوام بالجسام الاعتيادي وبانضمام الحلقات بعضها يحصل تقطع في بعض اصغار من دائرتها ومن ذلك ينشأ شكل البسور يازس القومسي وان اختلطت البقع مع بعضها حال اتساعها تكون شكل البسور يازس المختلط ثم ان المجلس الاعتيادي للبسور يازس هي الاطراف لاسيما الركبتين والمرفقين وهناك احوال عديدة يبق فيها المرض قاصرا على هذه المحال عدة سنين بدون ان يظهر منه أدنى اثر في الاجزاء الأخرى من الجسم ومع ذلك فقد يشاهد هذا المرض على قرة الرأس والفاو والاذنين والوجه وغيرهما من اجزا الجسم وأما راحة اليدين وأخمص القدمين فلا يشاهد فيها البسور يازس الحقيقي مطلقا بخلاف الطفرح الزهري الفشري فانه يشاهد

فما بكثرة بحيث ان وجود مثل هذا الطفح في هذه الحال يدل دائماً على وجود
الداء الزهري البني وعندما يكون البثور يازس منتشر على جميع سطح
الجسم تشاهد أغيب الاشكال السابق ذكرها على اختلاف تقدرها فبعض
الطفح مثلاً يكون أخذ في التماس والبهاة فتظهر نقاط صغيرة ممتدة على
حصول طفح جديد وهذا الميل للتردد هو السبب في ثقل انذاره فانه بعد زوال
الطفح بالكلية لا يكون المريض آمناً من تروده بعد من طويل أو قصير وحيث
ان هذا الطفح لا يحدث أكلانا فلا تذكر منه المرضى الا قليلاً ولذا أن
أغلب لا ياتجئ للعلاج ما لم يكن الطفح مغطى بالآجزاء عارية من الجسم
ومحمداً للتشوه ولا يكون لهذا الطفح ادنى تأثير في الصحة العامة وانه غير
معد بالكلية والامر المعلوم ان التغير المرضي البثور يازس لا يستمر
زمن طويلاً في الحال المصيبة لها وجهه عدم تغير الجلد تغيراً عميقاً في هذا
المرض والاحوال الاستثنائية التي فيها لا يزول التغير المرضي بسرعة
ويصير الجلد نحس عظيم ويصير قهلاً مشققاً تهى بالبثور يازس
المستعصى

المعالجة

شفا المرضى من البثور يازس شفاء تاماً مستمر لا يتيسر الا نادراً ومع ذلك
فمعالجة هذا الداء تعتبر من المعالجات المفيدة ولو كان زواله وقتياً وينضم
لذلك ان المعالجة الموضعية القوية يمكن تحملها في هذا الداء زيادة عن
غيره من امراض الجلد فينبغي معالجة كل منقح قشري بثور يازس بالوسائط
الموضعية القوية فيبتدى أولاً بالحمامات البخارية ثم بتنظيف الاجزاء من
القشور بواسطة الصابون والفرشة الناعمة وان لم يتيسر استعمال الحمامات
المدكورة تستعمل الحمامات الفائرة المستمرة وبعد نزاع القشور وازالتها
يعطى المحل أو يدلك بالصابون الطبي الأخضر و يكرر ذلك مرتين كل يوم
والاجود حفظ المريض في فراشه مغلفاً بأحرمة من الصوف في أودية دافئة
ثم يصير ابطال تجديد المعالجة الموضعية مدة ثلاثة أيام مع ممتد ارتغاف
الجسم بالاحرمة المتشعبة من الصابون الطبي وبعدهم في هذه المدة تستعمل
الحمامات الفائرة وهذا العلاج الدوري ينبغي تجديده مرة أخرى أو بمسألة

مرار على حسب النتيجة المتحصل عليها وقد نبه هيراعلى أنه من الضروري
 ذلك البورات الموجود فيها الطفح البسور يازى بالصابون الطبي بواسطة
 قطعة من الصوف أو فرشاة دلكا قويا حتى يحصل الادماء وحيث ان هذه
 الطريقة مولىة جدا فلا يبغي فعلها الا مرة واحدة في كل دور من أدوار
 المعالجة وان كان الطفح منتشرافلا يجوز فعلها الا في محل بعد الآخر وان كان
 الطفح قاصرا على بعض أجزاء الجسم فلا حاجة لاستعمال ذلك العمومى
 وتغليف الجسم بادحمة الصوف بل يكفي هذا ذلك الموضعى وتغطية الجزء
 المربض بقطعة من الصوف متشعبة بالصابون الطبي وحيث ان هذا الجوهر
 الدوائى ذورائحة غير جيدة فيمكن استيعاضه فيما اذا كان الطفح في
 الوجه أو الرأس بالروح الصابونى القلوى تبعالها (وهو ان يؤخذ من
 الصابون الطبي ٣٠ جرام ومن الكؤل ١٥ جرام يذوب ويصفى
 ثم يضاف اليه من روح الخرقا ١٠ جرام) وان كان البسور يازس
 محدودا فمن الجائز استعمال مرهم الراسب الابيض على التعاقب مع
 المعالجة السابق ذكرها وبدلا عن الصابون الطبي أو عقب استعماله
 كثيرا ما تستعمل الاستحضارات القطرائية فانها من الوسائط القوية
 والمستعمل اما القطران النقى بان يدلك به مرة أو مرتين كل يوم بواسطة
 فرشاة دلكا قويا على الأجزاء التى ازيلت منها القشورا وانه يستعمل بدلا
 عن القطران البسيط صبغة القطران المأخوذة من زيت القطران ومن
 روح النبيذ من كل ٥٠ جراما أو يستعمل مرهم القطران المذاب المأخوذ
 من زيت القطران ومن الصابون الاخضر من كل ٢٥ جراما ومن الكؤل
 ٥٠ جراما) وذلك لمهولة جفافها وينبغى استعمال القطران مع
 الاحتراس فانه في انثناء استعماله قد يحصل اتفاح شديد والتهاب في
 الجلد وحينئذ ينبغى إيقاف المعالجة وزيادة عن ذلك ان كان الطفح عمدا
 ومهيلا نحو ثلث الجسم فيمكن حصول عوارض خطيرة عقب امتصاص
 القطران كاللون الداكن أو المسود للبول مع الرائحة القطرائية والتميز
 المسود والغثمان والقئ من مادة مسودة وألم الرأس بل والحصى لكن هذه
 الظواهر تزول بسرعة عند تحريض افراز البول وإيقاف استعمال هذا

الجواهر الدوائى

ومن المستعمل بكثرة حمض الكربوليك أى الفينيك ٣ جرام منه على
 ٣٠ جرام من المرهم البسيط وبذلك به الاجزاء المصابة بعد نزاع القشور
 بدلا عن القطران وكذا ذلك بمحض الحثليك مخففا بقدره من الماء بل
 وان كانت الاجزاء قليلة الحساسية بذلك به صرفا وهذا يستعمل فيما اذا
 كان الطغيم محمدا وداو قليلا الامتداد جدا وفي الاحوال المستحبة أو
 الاحوال التى يراد سرعة المعالجة لها يمكن استعمال محلول صكبر يتور
 السكس الذى أوصى به ابتداء فليمتكس في الجرب واستعمله أخير اهبرافى
 امراض جلدية اخرى بان يؤخذ من الكبريت العامود زطلان ومن الجبر
 غير المطفى رطل واحد ويغلى ذلك في عشر يرز ملا من الماء الى ان يبقى منه
 اثنا عشر رطلا وبعد البرودة يصفى وهذا السائل السكاوى الخفيف بذلك به
 في المحال المريرة بقطعة من الصوف اما ذلك كاشد يد الى ان يحصل الادماء
 وحينئذ يكون ذلك في محل قليل الاتساع لشدة الالم وفي ازمته بعسدة من
 بعضها وبعد جفاف ذلك يستعمل حمام فانز موصى أو عوى ثم يطلى
 المحل بالمرهم البسيط أو الزيت اوان يدلك به دسكا لطيفامع السكرار
 والنجاح الغير التام للمعالجة الموضعية في اليسور يازس لا يكون في الغالب
 ناجعا عن استعمال أحد الجواهر الدوائية دون الآخر بل عن استعماله
 السطحي التغير الجيد ثم انه وان جاز شفاء اليسور يازس بواسطة المعالجة
 الموضعية مع السرعة والتاكيد لا ينكر انه يمكن الحصول على هذه الغاية
 باستعمال الزنج من البامان وحيث ان هذا امر ثابت والتجارب المعلومة
 ايضا من ان المعالجة الموضعية لا تقي من السنكسات وكذا عدم حصول ادنى
 ضرر من المعالجة الزرنينية نوصى ولا بد بضم المعالجتين الى بعضهما والزنج
 يستعمل عادة على صفة محلول فليبران يتدد استقط كل يوم منه ويزاد
 نقطة واحدة كل ثلاثة ايام أو اربعة الى ان يوصل الى عدد ١٢ نقطة
 أو ازيد والمعلم وابل يستعمل المحبوب الزرنيزة فانه بهذه الطريقة يمكن ضبط
 مقدار الزرنيز زيادة عن استعمال المحلول وهو مصنع جبو بامكونته من
 الزرنيز الأبيض محلولا في الماء المغلى مع الحبر الاسود والفلقل وكل ٣٠ حبة

من هذا الخساروت تحتوي على ستة سنجرام ويعطى من هذه الحبوب في
الابتداء ثلاث في اليوم ويزاد العدد شيئا فشيئا وعند الاحساس بضيق في
المعدة وتدمع في العين ينبغي ايقاف المعالجة وأما غير ذلك من الجواهر
الدوائية فقد تركه الان

المبحث الثالث عشر

في الخزاز أي الطفح الجلدي الحلي

قد نبه المعلم هيرا على عدم فائدة تقسيم هذا النوع من الطفح الجلدي الى
عدة أنواع كما كان جاريا الى وقتنا هذا واطهر هذا الشهور ان تقسيم الخزاز
الى خمسة أنواع كما جرى عليه ولان غير ضروري وان تلك الأنواع تدخل
تحت أنواع أخرى من الامراض الجلدية فان تكون الحلمات بانفسه
ليس واما الخزاز بل ان الواصف له هو اثبات ان نوع هذا الطفح الحلي
ناشئ عن تغير مرضي مخصوص فاثبتته وهى هذا يميز المعلم هيرا للخزاز
شكاي

الاول الخزاز الخنازيرى وهو يتصف بوجود حلمات حمر باهتة مجمعة مع
بعضها على هيئة أقراص مستديرة كثيرة أو قليلا ذات اتساع مختلف وجوهر
هذه الحلمات يتكون من اخلية فضية في الاجربة الشعرية والذهبية وحولها
وهذه التكوينات الخلائية تحدث فيما بعد تحدث في الاجربة الشعرية وفوهاتما
مع تكون قشرة صغيرة عليهما من مواد بشرية متجمعة وهذا الطفح الذى
يسبب الجذع بكثرة ويندر اصابته للأطراف يشاهد بالاكثرخند الاطفال
زيادة عن البالغين مع غيره من ظواهر داء الخنازير كارتفاع العقد الليمفاوية
والنسوس والتسكرز والقروح الخنازيرية للجلد ودرن المساريقا والسل
الرتوى والحلمات في هذا الشكل تكون غير محدثة لا كلان وذات سبب يعطى
وتشفى فيما بعد فتختلف الأثرية بجمانية مغطاة بقشور ومع تجدده هذا الطفح
الحلي يمكن ان يستمر عدة سنين بدون ان ينتج عنه اذى ضرر

الثاني الخزاز الاحمر وهو شكل مرض نادر جدا وله في انشاء سببه مشابهة
عظيمة بالبوريازس ويتكون في ابتداءه تعدادات اى حلمات منزعلة عن
بعضها ذات لون محمر مغطاة بقشور رقيقة غير محدثة لا كلان ولا تمتد من

دائرتها وبتكرار ظهور تلك الحلمات تتقارب من بعضها فتقتل المسافات
الخالية السكائنة بينها الى ان تلامس من دائرتها بحيث تكون لطخة عليه
حجرة من تشعة مغطاة بنشور ومع طول الزمن وامتداده قد يغطي جميع
سطح الجلد بتلك الحلمات المحمرة والطحخ الناتجة عنها وهذه الحالة تحدث
الاما شديدة ولها كغيرها من الطامحات الجلدية العمومية تأثير مضر على
تغذية الجسم بحيث ان المرضى تهلك من النبوكة

﴿المعالجة﴾

قد استعمل العلم ههنا في الشكل الخنازيرى من هذا الداء زيت كبد
الحوت من الباطن والظاهر مع النجاح العظيم من الباطن به طيه من نصف
أوقية الى أوقيتين خصوصاً الزيت النقي النورويحي فيعطى نصف
هذا المقدار صباحاً والنصف الآخر مساءً وأما ان زاد المقدار عما ذكر فان
الزيت يخرج بدون تغيير مع المواد البرازية وأما استعماله من الظاهر فلا يكتفى
فيه بذلك الجلد بل ينبغي حفظ ملامسته للجلد دائماً وأما الحزاز الاحمر فلا
ينجح فيه جميع الطرق العلاجية وانما باستعمال الزرنيخ المستعمل من الباطن
يظهر ان له تأثيراً جديداً في بعض الاحوال لكنه وقتي

﴿المبحث الرابع عشر﴾

(في البربرجو المعروف بالحكة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الحلمات المنعزلة الواصفة للبربرجو تكون ذات لون كلون الجلد المحيط
بها أو اغمق قليلاً للاحمرار وحجمها من حبة الشعاع الى رأس
الدبوس وتكون ذات اكلا ن شديد وتكون من حلمات متزايدة في الحجم
منعزلة من تشعة بمادة صلبة قليلة صافية أو صفراء متجمعة تحت الطبقة
البشرية المتكاثفة الكثيرة المادة الملونة وفي الاحوال المتقدمة يحصل
تشنج وانتفاخ في الجلد نفسه والمجموع الغددى والسبب الاصلى في ظهور
الاكلا ن الشديد في تلك الحلمات غير معروف بالكلية فان كانا فزعم ان
منشأه الاصلى في الاعصاب الجلدية ويعتبر هذا الداء مرضاً عصبياً بخلاف
هيمافانه يعتبر ان التغير المرضي الاصلى عبارة عن ازدياد في افراز المادة
العنصرية المتكونة منها البشرة وهذا يحدث نتيجة في الجسم الخبيث الكثن

اسفل منه بكم غريب والبرور يجر يشاهد عند الاصحاب كما يشاهد ايضا
 عند المرحى والمنهوكين ويحصل هذا المرض في السنين الاربعة من
 الحياة بدون ان يكون وراثيا والغالب انضاحه من السنة الخامسة الى
 السابعة ويوجد هذا المرض عند الفقراء الردي في التغذية والنظافة في
 طفوليتهم زيادة عن الاغنيا ويصيب الذكور أكثر من الاناث
 في الالامراض والسير

العلامات المدركة الواضحة من هذا الداء ليست هي الحلمات الصغيرة
 المنتشرة التي لا تكاد تعرف أحيانا إلا باللس بل التغيرات التي تعترى الجلد
 من الاحتمالك المستمر فانه بالهرش بالاظافر تنفصل الطبقة البشرية بكثرة
 من تلك الحلمات ومن ذلك تنشأ تسطحات صغيرة وأنزفة والدم المنسكب يصف
 على هيئة قشور وهذه القشور الدموية الصغيرة العديدة التي تبقى بمنتهك
 الحلمات هي التي تتضخم بالاكثر على جلد المصابين بالبرور ويجو وكثيرا ما يوجد
 على ساعم الجلد أيضا بعض ارتفاعات أو بثرات حديثة أو جافة قد توقع
 الطبيب في الخطأ عند البحث فيظن بوجود طفح أجريماوي أو أكسيماوي
 بل وقد تختلط التغيرات الجلدية الناشئة عن الجرب أو القمل وقد تنتج
 ايضا عن الهرش بالمرض الجلدي الذي نحن بصدده ومن الامور المهمة
 التي يرتكز اليها في التشخيص الجلدي اعتبار المحمل الموجود فيه العافح
 والتسلخات فاذا كانت هذه التغيرات ناشئة عن القمل وجدت في المحال التي
 تكون فيها الاقراص ثبات أغنى في الاجزاء العليا من الصدر والظهر ولذا أن
 وجود تلك التسلخات حول الجزء السفلي من العنق على هيئة سحج بوقظ
 الطبيب المتحرر للبحث عن وجود هذا الحيوان الطفيلي ويتميز كذلك
 البرور بجو عن الجرب بكون العفم ليس ناشيا عن هدي ولا عن نوم الشخص
 مع اعضاء آخر وبكون المعالجة الجبرية لم تعدي بغاية ويكون ابتداء
 الطفح حاصل من سن الطفولية ومع هذا ينبغي الملاحظة في امكان وجود
 تضاعف بينهما ولا سيما ان الاثنا عشر الذين تكراروا بينهم بالبرور ويجو
 كثيرا ما يوجد عندهم حيوان الجرب والقمل
 ثم ان البرور ويجو لا يصاب جميع الجسم على حد سواء فان الحلمات لا تظهر

في الوجه مطلقا او تظهر فيه بعد ذلك قليلا جدا وكذا فروة الرأس تبقى معانة
عنه ومع ذلك فالشعر يكون فاقد الالوان ترابي وي شاهد في الجذع عدة حلمات
غالبا لكن التغيرات المهمة توجد في الاطراف لاسيما في جهات الانبساط
وتكثر هنا اصابة الساعدين ودون الازندين والساقين ودون الفخذين وعند
استمرار هذا الازمناء يطول ولا يظهر الجلد فحينئذ في الجهة الباسطة وذالون
داكن يجمعتني بسبب تكرار تسليخه بالهرش وتكون البشرة جافة خشنة
مفلسة ففلسا دقيقا ولذا يظهر كائنا على ما رشاش دقيق وخشنة عند لمسها
وأما في جهة الانقباض فان جلد الاطراف فيها يكون قليل التغير وفي محل
اثناء المفاضل وراحة اليدين وأخمص القدمين والاعضاء التناسلية
فان الجلد يكون خاليا عن الحلمات وعن التغيرات التي تنفج عن الهرش
والعقد الليفية المتصلة بها الاوعية الليفية الغاوية الالوانية من المحمل
المتحجج من الجلد تكون كثيرة الانتفاخ والاسيما العقد الالوانية (وتعرف
بغير جلالات الحكة) ويميز البروريجيوس كالان على حسب درجته وهما الشكل
البسيط أو الخفيف الشدة والشكل الثقيل أو النمل المتصف بظهور
حلمات عظيمة مضمومة باكلان غير مطلق وتسلخات عديدة وتلون مسمر
داكن يجمعتني في الجلد وتكون قشور بشرية غزيرة عليه

ثم ان البروريجيوس من الامراض السكيرة الاستعصاجدا وهو وان حصل
فيه انحطاط عظيم في اثناء الصيف عند ازدياد افراز العرق بحيث يظن
حصول الشفاء الا انه يحصل فيه ثوران تالفي وعلى ذلك يمتد هذا المرض
طول الحياة بل ذكر هبرا انه لم يشاهد حالة واحدة حصل فيها شفاء تام
ولذا يزعم ان الشفاء المقول به من بعض الاطباء ناشئ عن اختلاط هذا
المرض بغيره من الاحوال المرضية المتشابهة له كالتنجيرية المزمنة والايخيميا
والجرب ونحو ذلك واما فيمس فانه يخالف هبرا من هذه الحيشية ويقول
بقابلية شفاء هذا المرض عند الاطفال الذين لم يسهروا هذا المرض عندهم
الازمناء قليلا

المعالجة

شفاء البروريجيوس الحقيقي شفاء تاما وان كان عمرا جدا الا انه يكاد يبرمه على

الدوام احداث تطيف وقتى او انحطاط تام وقتى وذلك باحداث بلين وانفضال في الطبقات السطحية من البشرة باستعمال الوسائط المرخية والمفسدة لها ، واجود طريقة ، للعلاج هو ان يفعل ابتداء كما في البثور يازس والجرب ذلك بالصايون الطبي من ثمانية ايام الى اربعة عشر ثم يستعمل مرهم ولكنسون وعند الاشخاص القليلى الخامسة ذلك بحسب كبر بثور الكس كما في الطريقة العلاجية السريعة في الجرب ثم يجتهد في حفظ النتيجة المتحصل عليها بواسطة استعمال الحمامات الفائزة الطويلة المتكررة او الحمامات البخارية أو التغليف بالملاط المبثلة على حسب طريقة (بريزتس) او ذلك المتكرر بالجواهر الشحمية او من الجلسد بالقطران ثم استعمال الحمامات الفائزة المستظيلة حالا

المبحث الخامس عشر

(في الاكنة الاعتيادية او المتفرقة وتعرف بحب الشباب)

كيفية الظهور والاسباب

الطفحات الجلدية المختلفة المعبر عنها بالاكنة تماثل بعضها من حيثية كونها تنشأ عن التهاب الغدد الدهنية والاجرية الشعرية وتظهر اما على شكل تعقدات او عقد او ثور فاما الاكنة المتفرقة التي نحن بصدد ها فانها تشاهد عند اغلب الاشخاص لاسيما عند الشبان قبل البلوغ او بعده وهذا الامر هو الذى وقع في الخطاء والظن بان هذا الطفح له ارتباط بالوظائف المناسلية اى بالاقرام من الشهوات او الامتناع عنها (ومن ذلك سمي هذا المرض بحب الشباب) وبوجود مجوار الاكنة الاغتب اذ ية نقط مسودة عديدة تعرف (بالكوميديون) تنشأ عن اضطراب في افراز المادة الدهنية الجلدية وتتر كها في قوفا القنوات المفرزة للغدد والاجرية الجلدية ويظهر ان هذا الشكل من الاكنة ينشأ عن تراكم الافراز النددى واحداث تهيج في جدرها وانها بها وهناك شكل اخر من الاكنة غير متعلق باحتباس الافراز النددى الجلدى ويظهر ان له ارتباطا ببعض الامراض المنهكة كداء الخنازير والتسوس والسكر بوط ويسمى هذا الشكل المسمى هيرا

بالاكنة النحوية وهناك شكل من الاكنة يعرف بالاكنة الصنعية
ينشأ عند بعض الأشخاص عقب المس بالقطران وعقب تأثير الاجرة
القطرانية على الجلد ويظهر ان كلاً من يودور وبرومور البوتاسيوم
يحدث تأثيرهما لذلك عند استعماله من الباطن ناتج عن ظهور الاكنة
الاعتيادية والذكور اكثر استعدادا للاصابة بالاكنة عن الاناث ومع ذلك
فقد يظهر عند الشابات بقرب سن البلوغ او بعده حالا لون غير نقي في
وجوههن فيفزع منه الامهات المجهيات بينناهن

(الاعراض والسير)

المحاسن الاعتيادية للاكنة الاعتيادية هو الوجه ثم الظهر ثم الصدر ثم
العقدان والغير المرضي يتبدى باحمرار وانتفاخ في جزء محدود من الجلد
توجد في وسطه النقطة السوداء الكيدو (وهذا ما يعرف بالاكنة
النقطية) ثم يزداد كل من الانتفاخ والاحمرار ما بسرعة او ببطء وكثيرا
ما تظهر قشرة على قمة العقدة الاكنية تحف عما قبل من الزمن فيخلفها
قشرة مسمرة ثانية والحلقات الالية ان كان تقصها شيئا ممتدا الى جوف
الجلد نفسه اخلفها ندب التحامية شبيهة بالاثرة الجدرية (وهذا ما يعرف
بالاكنة الجدرية) وبعض التفعدات الاكنية يسير سيرابطيا جدا
بحيث لا تتغير حالته مدقبة له اسابيع لكنها تكتسب مع التدريج بامتداد
الالتهاب من العقدة الجلدية الى جوف الجلد المحيط بها حجم الجملة او الفولة
وتتلون بلون احمر داكن ثم تتلاشى شيئا فشيئا مع تقلص البثرة (وهذا
ما يسمى بالاكنة المتبسية) والطفحات الاكنية الجلدية المنتشرة لا تظهر
دفعات واحدة بل واحدة بعد الاخرى بحيث يرى العاطف في جميع درجات
تكوينه واما التشخيص فينبغي التنبيه فيه على ان الاكنة المتفرقة يمكن
اختلاطها بالطفح الجلدي الزهري الحلي او البثرى ولا سيما ان كان الطفح
الزهري من نوع الاكنة حقيقة بمعنى ان مجلسه جسد الاجرة الجلدية
(وهو المعروف بالاكنة الزهرية) وهذا يعرف بوجود النقط السوداء في
مركز الطبق المافذ منه الشعر وتشخيص الطفح الزهري حيث لا يستنتج
من وجود علاماته اخرى دالة على الداء الزهري وقيدل المجلس الغير

الاعتماد على الالكنة لا كنة الاعتمادية كغرفة الرأس او التلون الاجر النخامى في
هذا الظاهر على ان يتبوعه زهرى

المعالجة

الالكنة لا تكون متعلقة بفساد في الدم ولذا ان الوسائط المسماة بالمنقية للدم كغلي
بعض الاعشاب والمسهلات لا تستعمل في معالجة هذا الداء وكذا ينبغي تجنب
غيرها من الوسائط العلاجية الباطنة فانها قليلة الجدوى ولذا ان الوسائط
الموضعية الظاهرة اقوى منفعة منها فان ذلك التعقدات الاكينية كل
يوم بالصابون الاعتمادى فيه فائدة وبذلك يسهل طرد السدد الموجودة في
فوهات الاجرية الجلدية واقوى من ذلك الدلك كل ساعة برغادة من الصوف
مع الصابون البوتامى او روح الصابون البوتامى (المذكور في كيبه في
معالجة البثور يازس) مع طلي الاجزاء مدة الليل بالجلسرين او المرهم البسيط
بقصد الالة السدد وزيادة عن ذلك ينبغي الالتفات الى عصر العقد الاكينية
الغير المتنبية كما سيأتى ذكره او تشرط العقد الاكينية البشرية المتنبية
بسن الرشة وفي الاحوال التي فيها لا تكفى الغسلات الصابونية المذكورة
يستعمل المعلم هرا ذلك بالعجينة الكبريتية بواسطة فرشاة تترك
على هذه التعقدات مدة الليل وهي مركبة من زهر الكبريت ومن
كروونات البوتاسا ومن الجلسرين ومن ماء الغار السكرى ومن روح النبيل
اجزاء متساوية اعنى من كل سبعة جراما يمزج ويعمل عجينة وتستعمل
كما سبق وكذا من المستعمل بكثرة غسلات كلفد فانما كثيرة النجاح في معظم
الاحوال (وهو ان يؤخذ من زهر الكبريت ٨ جرام ومن الكافور نصف جرام
ومن الصمغ العربى جرام واحد ومن ماء الجير ومن ماء الورد من كل ٦٠
جراما) ثم يمزج مزجا جيدا وبعد رجحه رجا عظيم ما تمس به التعقدات
الاكينية ويترك للجفاف طول الليل وينظف في الصباح بالمصباح بالخرق بدون
اغسل بالماء وعند الأشخاص الذين يمكنهم الإقامة في منازلهم يستعمل هذا
الدواء لهم صباحا ومساء والعادة انه بعد ازالة هذا الدواء يغسل الوجه
بالماء البارد المضاف اليه قليل من صبغة الجاوى ومع جودة تأثير هذه المعالجة
في الالكنة المتفرقة هي وغيرها من الوسائط العلاجية الموضعية الاخرى

لا يتكرر ان التبحر كثير لما يكون وقتيا فقط وان الطامح يتكرر جلة مرات عند
الشبان الى ان ينطفي عندهم الاستعداد لتكونه والاكنة الصناعية تزول
بطءا وبسرعة متى صار ابطال استعمال الجوهر الدوائى من الباطن او الظاهر

في البحث السادس عشر

(فى السيكرزس المعروف بالاكنة الذقنية) *

(وتسميه العوام بيموضة الذقن)

لا شك الاّن فى ان هذا الداء يميزه شكلان مختلفان عن بعضهما بالنسبة
لنشئه الاول الشكل الاعتيادى أى الغير الطفيلى والثانى الشكل الطفيلى
فأما الشكل الاعتيادى فأسبابه غير معروفة حق المعرفة بحيث ان القول
بمحصول هذا الشكل من الحلاقة بأه واس غير حادة أو من الجرح وقت الحلاقة
أو من استعمال صابون مهيج أو من قلة النظافة أو من تبيج الشفة العليا
بواسطة التشويق أو فحشوه لا يعول عليه وغير ذلك يقال بالنسبة
للمنظريات القائلة بمحصول هذا المرض من نمو شعر جديدة بل سقوط الشعر
القديم ووجود شعر تيز حينئذ فى جراب واحد أو تأثيرهما تأثيرا مهيبا أو
من غلظ حجم الشعر بالنسبة لاتساع فوهة الجراب الشعرى ونحو ذلك وأما
أسباب الاكنة الذقنية الطفيلية فقد اتضعت لنا بواسطة العلم جربى
وبازان وكوبينير ونوجد أمثلة عديدة تؤيد إنشاء هذا الشكل بانتقال
نبات طفيلى من بعض الحيوانات المصابة بامراض جارية (كالخيل والبقار
والكلاب والاعز) وأما طبيعة هذا النبات الطفيلى فلا شك انها
مماثلة لطبيعة النبات الطفيلى المحدث بالهرس الطفيلى المعدى وقد
شاهدت امرأة فى اكلينك جيسن مصابة بالهرس الطفيلى فى ساعدها
وكانت خادما لرجل مصاب بالاكنة الذقنية الطفيلية وتمهد فراسه
كل يوم وزيادة عن ذلك فان الحيوانات التى تحصل منها العدوى تكون
مصابة فى العادة بالهرس الطفيلى والنبات الطفيلى يوجد فى قاعدة
الشعر المتزوع بالتفويش شاهد بالمكروميكوب ثم ان الطمخ الواصف
للسيكرزس عبارة عن تعدادات صغيرة فى حجم حب الشدناج أو الحمصة
او بثور تظهر اما على قمة التعدادات أو بانفرادها وكل من تان

التمعقات أو البثور يكون منقوبا في مركزه بشرة فان ترزعت هذه
 الشعرة بالجلت ظهرت نقطة صغيرة من القيح أو الدم في الفوهة
 وذلك لان كل عقدة سيكوزية تشتمل على جراب شعري ملتصق ومتقعر
 وهذا الطفح يشغل أجزاء الوجه والعنق المغطاة بالشعر أما بعضها
 أوجيعها ولا يشاهد مطلقا عند الذكور غير الملتصين ولا عند الاناث
 مهيبة هذه الاجزاء ويندر أن يشاهد في غير هذه الاجزاء من الجسم
 الاوشحة بشرة غزير كفوهة الانف وجزء الشفة العليا القريب منها وحفرة
 الابط والاجزاء الاستحيائية المغطاة بالشعر والحاجبين ويندر مشاهدته
 جدا في فروة الرأس وهنا يكون تابه الظهور الاجزاء وعند تقدم سبب هذا
 المرض يكثر تولد تلك التمعقات فتتقارب من بعضها بحيث يظهر الجلد انه
 مرتشح وتعين باستواء وكثيرا ما تكون فيه خراجات صغيرة مستديرة بسبب
 انضمام البورات القيحية الصغيرة من بعضها وتولد البثور على سطح الجلد
 ينتج عنه تصمس يحفاه تسكون طبقة قشرية على السطح المرض بل
 قد تظهر أحيانا على سطح الجلد تولدات تشبه الدرن العريض ومدة الشكل
 الانتهاء الاعتيادي من السيكوزس طويلة غير محدودة متى تركه هو
 ونفسه فقد يستمر جلة سنين وان حصل الشفاء بعد ذلك هذا المرض من
 طويلا خلفه ندب القمامية خفيفة لا يظهر عليها الشعر الا قليلا ويفقد
 بالكافة بسبب الاجربة الشعرية وأما الشكل الطفيلي من السيكوزس
 فينبغي الانتباه فيه الى أن ظهور السيكوزس الاعتيادي بسببه في معظم
 الاحوال الهرس العفيلي بحيث لا توجد من الابتداء التمعقات والبثور
 السابق ذكرها بل توجد قشور سنجابية حول شعر الذقن أو توجد في محال
 آخر كثيرة الشعر خلافا للذقن كالفراء والعنق مثل الطفح الهرسي
 الطفيلي الاعتيادي ولذا انه في هذا الدور سهل تمييز شكل السيكوزس
 الانتهاء عن الطفيلي وأما عقب غواظ في الاجربة الشعرية فكلما هذين
 الشكاين يكون واحدا وبالنسبة للسير يظهر ان الشكل الطفيلي من السيكوزس
 قليل الاستعصاء في الشفاءن الشكل الاعتيادي منه
 وتشخيص السيكوزس يقنى اولا على مجلس الطفح ووجوده في الاجزاء

كثيرة الشعر من الوجه أوفى محل آخر من المحال السابق ذكرها وعلى وجود
التعقدات والبثور الموجود في مركزها شعر والاجزى مما أتى تظهر أحيانا في
الاجزاء الكثيرة الشعر من الجلد لا يظهر فيها الانتفاخ العفدى القاصر على
الاجزى الشعرية وكثيرا ما تمتد الى اجزاء أخرى غير كثيرة الشعر من الجلد
ومع ذلك تنبه على ان الاجزى بما المستمرة زمنا طويلا المصيبة لاجزاء كثيرة
الشعر يمتد الانتهاب فيها من السطح الظاهر من الجلد الى الاجزاء العميقة
منه والى الاجزى الشعرية فينشأ عنها مرض جلدى يقرب جدا من
السيكوزس (سيماها ميا الاجزى ميا السيكوزية)

(المعالجة)

السيكوزس الذى كان يعتبر سابقا من الامراض الاكثر استعصا عن
الشفاء يمكن الآن شفاؤه مع التاكيد بمعالجة موضعية لا تنقطع مستمرة فينتدأ
أولا بالانة القشور اما بالاضادات او بالوضعيات من الزيت ثم يقصر شعر
الذقن بحيث يسهل تنف باللقاط وتنفع جميع الشعر المار من التعقدات
او البثور أمر ضرورى للحصول على شفا من يسهل وهذا العمل وان كان
يحتاج لزم من طويل ينبغي اجراؤه على جملة مرار الا انه غير مهم ولا مؤلم
مادام قاصرا على الشعر النابت في تلك التعقدات والبثور ومقتضيا لا با قبح
حتى ان بعض المرضى يتعلم اجراء ذلك بنفسه وتنفع الشعر ينجم عنه انفتاح
الالكياس القحفية واستفرغها وهبوط الطفم ومع ذلك ينبغي تكراره كلما
تجدد نمو الشعر المرى حتى يمكن تجنب النكسات والخراجات الصغيرة
في الجلد التي لا يمكن استفرغها بتنفع الشعر ينبغي فتحها باليد وبعد
تنفع الشعر يلزم تغذية الجلد ليلا بالصابون الاخضر أو بشرط من
القهاش مدهون بالمرهم المشمع أو بطبقة من العجينة العكبرية
الركبة (من جزئين من زهر الكبريت وثلث من الكؤل وغروي الصمغ جزء
واحد) وذلك بقصد سرعة الانة التعقدات الباسية ونفجها وفي الاحوال
الاستعصية قد يجوز استعمال السكاويات فيكوى المحل المنتفخ شعرا مع
الاحتراز بمحض الخليك او محلول الحجر الجهنى المركز أو تمس
التعقدات الزمنة أو التولدات الدرية بمحلول قوي من السليمان بواسطة

فصيرب من الزنجار بان يؤخذ (جزء من السليمانى على جزئين من الماء المقطر)
وأما الشكل الفغارى من السيكونوز من مادام الطفح على شكل الوز من
الطفيل فتستعمل فيه المعالجة المذكورة فى هذا المرض وأما عند إصابة
الاجوية الشعرية فتستعمل المعالجة المذكورة هنا فى السيكونوز من الاعتيادى

المبحث السابع عشر

* (فى الاكثة الوردية وتسمى بالنقطة الوردية) *

(وبالانف النحاسى)

فى هذا الشكل من الاكثة الذى يكون مجلسه الوجه خاصة يفتنى التهاب
الغدد الجلدية فلا تكون التعقدات ولا البثور الا كنية وتظهر ظاهرة
مرضية أخرى وهى كثرة الاوعية الجلدية واحمرارها بل ويتضح لذلك
فى الاحوال المتقدمة ثخن فى الجلد عقب ازدياد نمو التسوج الحساوى فيه
ومن المعلوم ان الاقراط من المشروبات الروحية لاسيما التيميد والعرق
(والبوزة فى النادر) يحدث هذا الطفح لكنه كثيرا ما يظهر بدون تناول
للمشروبات السكية فقد دلت التجارب بالمطابقة لقول هير ان الاكثة
الوردية تشاهد عند النساء أكثر من الذكور وبالاقل اشكالها الخفيفة
وقد ذهب هذا المؤلف الشهير الى ان الاكثة الوردية عند النساء تتعلق
باضطراب فى الحيز وتغيرات مرضية فى الاعضاء التناسلية وقد شاهدت
بقرب جيسن بعض عائلات نيماتز البنات بقرب البلوغ من أهمتهن هذا
الداء وهذا الطفح يتبدى بالحرارى فى بعض أجزاء الوجه لاسيما الانف وجزئى
الوجنتين بالقرب من الانف والفن والعنق أحيانا والجبهة أو جميع
الوجه عند المدمنين على السكر وهونادر وهذا اللون المحمر يتعلق
باحتمان فى الاوعية الجلدية وعمدها من النادر ان يحصل بعد استمرار هذا
الداء زمنا طويلا ثخن عظيم فى الجلد المحمر فتتكون فيه نتوءات عظيمة
مستديرة لاسيما الى الانف وتكون اما عريضة القاعسة أو ذات عنق
وقد حدث تشوها كليا فى الوجه والانف ثم ان الاكثة الوردية ولو غير الناجمة
عن الادمان على السكر تعتبر من الطفحفات الجلدية المستعصية جدا فانه
وان حصل بهانة عظيمة فى الاجزاء المحمرة من الجلد أذوال الاحمرار زوالا

ذا نيسا أو عقب معالجة لا تفتة الا ان ذلك يعقب بنكسات متوالية بحيث ان
كثيرا من المصابين بهذا الداء من يأتى بالمعالجة بالكلية ولولهم يأتقون هذا
الداء اما بسبب النشوة أو لكونه يوقظ الظن فيهم بادمان السكر
(المعالجة)

ينبغي عند ظهور العلامات الابتدائية من الاكثة الزردية منع استعمال
المشر وبات الروحية بالكلية وعند وجود اضطرابات مرضية في الاعضاء
التناسلية عند النساء والبسات ينبغي معالجتها على حسب القواعد السابق
ذكرها وعند الاشخاص ذوات الامتلاء الدموي والمعتريهم احتمالات
دماغية وامساك ينبغي استعمال المسهلات كالمياه المرة السافانية والمعالجة
ببعض المياه المعدنية كما ذكرنا زناخ ومريم بادوكسجين والنتيجة العظمى
في هذا الداء يتحصل عليها بالمعالجة الموضعية في الاشكال الخفيفة من
التمدد الوعائي والاحمرار ينقشب ولا بد الكبريت اما على هيئة البعينة
الكبريتية أو على هيئة ماء غسل المعلم كلفلد أو محلول كبد الكبريت والافوق
استعمال هذه الوسائط في المساء وذلك الجلد بها ليلامس تركه يؤثر فيه
واذا حصل نتيج شديدا في الجلد ينبغي ولا بد ترك استعماله بعض أيام وزيادة
عن ذلك يستعمل مع التبخاج السليمانى الا كالمحلول مع الماء المقطر بقدر
٥٠٧ سنتجرام من السليمانى أعنى قهقه ونصف على ٣٠ جرام من الماء
المقطر ويغسل به الاجزاء المريضة أو يكمد به الى أن تسكون حوصلات
صغيرة أو تنقاس البشرة وكذا المشمع الزيتى الذى يوضع على الاجزاء
المريضة مدة الليل وفي الدرجات الثقيلة من الاكثة الوردية ينبغي الاجتماع
في ضمور الاوعية الشريفة المتعددة واندادها وذلك يتم شفاها طولاً
بواسطة ابرة السكر كتنا أو مشارط دقيقة ثم مسحها بمحلول أول كلورور
الحديد بعد استمرار التزيف زمناً طويلاً

(رابعاً في الانزفة الجلدية المعروفة بالبرورا وتسمى كذلك بالفرغوزا)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التزيف يحصل في الجلد كما في غيره من الاعضاء عقب تفرق اتصال في جدار
الاوعية لكن الانزفة الصغيرة يمكن حصولها أيضاً كما أثبتته ابتداء المعلم استمر

عقب نفوذ الجسيمات الدموية الحمر من خلال الجدر الوعائية بدون تفرق اتصال فيها ومتى انسكب الدم في جوهر الجلد وارتشح في هالات منسوجة تكونت بقع محسرة أو مزرقة أو مسودة وهي البربورا فان كانت تلك البقع صغيرة مستديرة سميت بالنمش وان كانت مستطيلة شريطية سميت بالقسبيتس أى بالبقع الشريطية وان كانت منتشرة وغير منتظمة سميت بالاكيموزس أى الكدم وان ظهر الانسكاب الدموي على شكل تعقدات صغيرة تسمى بالحزاز الازرق أو التزيف أو بالبربورا الحلبية وفي بعض الاحوال قد تنفصل البشرة عن الجسم الحلمي وترفع على هيئة وريصة بواسطة الانسكاب الدموي وفي أحوال أخرى قد تنفصل البشرة ويسيل التزيف الى الخارج واما ان خرج التزيف من مسام الجلد ومن فوهات الابرية والغدد الدهنية والعرقية وكان غير مختلط بالعرق فلا يجوز تسميته بالعرق الدموي اذ ليس بين التزيف الجلدي والعرق أدنى ارتباط

ثم ان الاتزفة الجلدية تنشأ (أولا) من أسباب جرحية ظاهرة ومن جلاتها الناشئة عن لدغ البراغيث لان لها بعض اهمية من حيثية كون الاطباء غير المتتمرنين يخطئون في انتشخيص و يظنون وجود مرض ثقيل في الدم فيشاهد بعد لدغ البرغوث حالانكة وردية أو حامة وجد في مركزها الجرح الاحمر الداكن وهو محل اللدغ وعند بعض الأشخاص يتسكون في محيط لدغ البرغوث اترقة صغيرة في جوهر الجلد مثل الاتزفة الصغيرة التي تتسكون حول عض الدود وبداستمرار هذه النكت مدة قليلة من الزمن تزول الهالة المحمرة المحتقة التي كانت محيطة بالنقطة التزيفية وهذه البربورا البرغوثية تتميز عن غيرها من النش بصغرها (وثانيا) تنشأ الاتزفة الجلدية عن تفرق في الاوعية عند امتلائها بامتلاء عظيم ما فانه لا يسد مشاهدة البربورا في الوجه وتغطيته بها عقب السعال الشديد او ثول الحيض بعنف كما انه قد تشاهد بقع بربرية في الاطراف السفلى عند عوق رجوع الدم ووجود اوعية دوالية فيها (وثالثا) قد يكون التزيف الجلدي في أحوال أخرى عرضا لاضطراب بنسبي عمومي فهناك أمراض فيها تكون البربورا من الظواهر المرضية اللازمة كالبربورا الروماتزمية وابوربورا

البسيطة وداء وراهوف والاسكر بوط كما انه توجد امراض اخرى يكون
 فيها النزيف الجلدي عرضا غير ملازم كإفاني الحميات الثقيلة كالتي فوس
 والحميات الطفعية الحادة والتسمم المديدي للدم والهبيضة والحجى الصفراء
 والاشكال الثقيلة من البرقان والليكمباوداء برابت والتسمم الكولي
 والفوسفوري ونحو ذلك وفي كثير من الامراض المذكورة تحصل اثرة
 في أعضاء ومنسوجات آخر ومن ذلك يتضح ان هناك استعدادا نزيهيا
 عموما يمكن الى الآن توجيهه بفنوعه الاصلى توجيها كافيا ويظهر ان
 هذا انشئ عن تغير واستحالة مرضية في جسد الاروعية الشعرية الصغيرة
 وهذه الاستحالة المرضية لجذر الاروعية من الجائز ان منشأها تغير في صفات
 الدم وأقله نرى في الاروعية التي يحتبس الدم النقي الجارى فيها احتباسا
 وقتيا بواسطة رباط انه عند جريان العامود الدموى فيها ثانيا يخرج من خلال
 جذرها كرات دموية حمراء ويحصل اكي موزس شعري ومن السهل جدا
 تمييز الاجرار المتكون في الجلد بواسطة الانسكاب الدموى عن الاجرار
 الاحتقاني فان الاول يكون أكثر شبةا وكثرة وذلك لان الدم يكون خارج
 الاروعية ويتغير لونه بسرعة بواسطة تغير المادة الملونة للدم فيصير اولاسمرا
 او اسود مسمر ثم اسمر زاهيا ثم مصفر ثم مخضر احيانا لكن الصفة
 الرئيسية تتخذ من حالة الاجرار عقب الضغط بالاصبع لان الاجرار
 الاحتقاني يزول بالضغط واما الاجرار البرورى فلا يزول بالضغط المذكور
 ومع ذلك ننبه على ان البقع الجلدية الحمر قد تكون مزودة الطبيعة والبقع
 البرورية البسيطة تظهر في عدة ايام تغيرات اللون السابق ذكرها ثم تزول
 بدون اثر ومع ذلك قد يمتد التغير المرضي ويستمر زمنا طويلا وذلك انه
 باستمرار تأثير التغير المرضي الباطني يحصل تكرار ظهور البقع الدمويه زمنا
 طويلا ثم ان البقع البرورية وان كانت في حد ذاتها ليس لها ادى اهمية الا
 انه من المعلوم ان تباطؤها بتغيرات مرضية باطنة مهمة ولذلك ان الحكم على
 عاقبة البرور العرضية تتعلق ولا بد بالمرض الاصلى ولنا مونس الثقل تأثير
 واضح بالنسبة لمحل ظهور النمش ولذا انه كثير ما يظهر في الاطراف السفلى
 وتكثر غراره فيها قد ذهب كثير من المؤلفين المستعدين الى ان كلاما من

البورور البسيطة والدموية (أي داء ورلخوف) والاسكر بوسط ينتقل
 أحدهما إلى الآخر بل قد قيل أن تلك الأمراض درجات متفاوتة من
 مرض واحد والبورور البسيطة تشاهد عند الأصحاء كما تشاهد عند الضعفاء
 البنية المتهوسكين بدون سبب معلوم ويجوز تشخيص البسيطة منها
 متى ظهر غش أو اضطراب دموية بدون اضطرابات عمومية أو مع حالة هبوط
 وعدم قدرة على الأشغال وقد في الشبهة وظهوره يكون إما في الأطراف أو
 في جميع الجسم مع فقد جميع الأمراض التي تصاحب البورور الدموية
 أو الاسكر بوط وكثرة وجود البول الدموي ولو في الأحوال المرضية المطابقة
 لحالة البورور البسيطة يدل على وجود المشابهة بين كل من البسيطة
 والدموية وسير البسيطة جيد ولو ان الشفاء يحصل فيه تأخير مدة أسابيع
 أو أشهر عقب تكرار هذا المرض مرارا

ومن زمن المسلم شونلين يميز (بحق أو بخير حق) شكل مخصوص
 من البورور يسمى بالروما تزمي فيه تظهر عند الشبان أو بعد هذا
 الطور يقع حر سطحية أو مرتفعة قليلا عن سطح الجلد مع طواررجية
 قليلة أو بدونها ومع الامروما تزمية وانتفاخ أو ذيماوي في الركبتين
 والقدمين (ومن ذلك سهولة اختلاط هذه الحالة بالروما تزم المفصلي)
 في الأطراف السفلى وفي غيرها من أجزاء الجسم كاليدين والذراعين
 والصدر والبطن وهذه البقع تكون ابتداء حرقا فانية ناشئة عن الاحتقان
 غالباً ثم تصير قديماً بعد جرادا كثرة وبعد استمرارها من ٨ أيام
 إلى ١٤ تزول بالكلية وفي أثناء شفاؤها قد تسترد مع ظهور
 الآلام والأمراض المعلوم من أنه مع ظهور هذا الشكل من البورور تظهر
 طفحات أخرى كالبرتمة النضجية والانجيرية والهربس أدى لتعريض
 القول بوجود ارتباط بين هذا الشكل من البورور والأمراض السابقة
 ذكرها وإن الروما تزمية منها كالأمراض المذكورة تعتبر من الأمراض
 العصبية

(العلاج)

كل من البورور البسيطة والروما تزمية ينتهي بالشفاء ولا يحتاج إلا

لمعالجة عرضية خفيفة كمضاربة الالام والحمى ذوالانتفاخات الاوذى او برة
في المفاصل فالبقع اليربورية تزول من نفسها وانما عند كثرة تردها يلجئ
ولابد لاستعمال اول كلورور الحديد والبلو يدار من الباطن مع التمتع
بالهواء الجيد والوضع بالاستلقاء على الظهر لا يجوز الامر به الا عند تكرار
ظهور النمش عند الوقوف وكذا تغليف الاطراف السفلى برباط حرزوني
ضاغط بعد الغسل بالماء البارد والخل قد يمنع تكرار ظهور البقع الدموية في
الاطراف السفلى

(خامسا في التولدات المرضية الجلدية الجلبد)

كل من الاورام السرطانية واللمعية والبشرية التي هي من جملة التولدات
الجلدية الحبيبية فيجمل شرحه على كتب الجراحة ولا نذكر منه هنا ما
الو ليس بأشكاله سواء كان مصيبا للجلد او بعض الاعشية المحاطية

﴿البحث الثامن عشر﴾

• (في اللوبوس ويعرف بالقوبة الالكالة والقرصنة) •

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

اللوبوس عبارة عن تولد مرضي خلقي جسد يد بصيب الجلد والاعشوية
المحاطية المتصلة به ويتصف بغيره من الاورام الخالوية كالدرن والسرطان
والتولد المرضي الجزائي بالتلاشي والاضمحلال وتبعه الابحاث توما يتبع
اللوبوس في نموه الاعتبادي تفرع الاوعية الموجود حولها تراكمات من اخلية
لينفاوية وهذه باختلاطها تؤدي لتسكون اورام عقديية صغيرة او كبيرة فهذه
العقد تشتمل حينئذ على منسوج ذي اخلية صغيرة كثير الاوعية ولذا عده
وليبرجهوف من الاورام الحبيبية ويعتري جزا من جوهر هذه الاورام فيما
بعد استعماله فتوجد فيه تجمعات من اخلية مستديرة شتملة على مواد
عضوية اولية ويوجد في مركزها كثير من اخلية كثيرة النويات ثم يعتري
جوهر الورم التلاشي والاضمحلال فيه كما بدت الاستعمال الشحمية
والتكاثف البسني فيها اما ان تمتص او تنفرح والتسكون الندبي في محيطها
يكون عبارة عن ظاهرة تمهيجية تؤدي لانتهام الاجزاء المتقرحة واسباب
اللوبوس غير واضحة بالكلية فان هذا المرض وان حصل بكثرة عند

الاثنان الحناز يرى البنية الان عدد اعظميا منهم يسقى مصافهن
 الاصابة به وكثير من الاشخاص الغير المصابين بداء الحناز يربصا بونه
 وعين ذلك يقال بالنسبة للمصابين بالزهري الوراثة فانه لا ينكر ان اللوبوس
 كثير الحصول عند الاشخاص الذين يظن فيهم بوجود الزهري الوراثة
 أو يهتق وجوده عندهم لكن من جهة أخرى يكون من الاكيد ان مثل
 هؤلاء الاشخاص يكونون في الغالب مصابين عن اللوبوس ولذا أن تميز
 اللوبوس الى حناز يرى وزهري وذاتي ايس جيدا والذات اويم الطيبة التي
 فعلت على وجود اللوبوس في الاطوار المختلفة من الحياة وفي النوع قد
 استنبط منها ان هذا الداء نادر في سن الطفولة وأندر من ذلك بعد سن
 الثلاثين وأكثر حصوله بين العشر سنين الاول والعشرين وان كلام
 النوعين تكثر اصابته به لكن النساء أكثر اصابته به من الرجال
 (الاعراض والسير)

المحاسن الاعتيادي للوبوس هو الوحدة خصوصا الانف وأرنشيه وجناحيه
 والوجنتين والاذنين والجبهة وقد يمتد الى التغير المرضي من الجهة
 الانسية لجناح الانف أو من الخارج لكن الغالب ان يمتد هذا المرض من
 الجلد الى باطن الانف امتدادا مستويا أو مصيبا لبعض أصفار دون آخر
 أو انه يمتد الى الغشاء المخاطي الفمي أو الجانبي أو الخجري أو الممتحي أو
 القرني وبعد الوجه في الاصابة الاطراف لاسيما الساعدين والساقين يمتد
 الى اليدين والقدمين وزيادة عن ذلك يشاهد في العنق والظهر
 والابتين وبالجملة يصيب جميع أجزاء الجلد ولو ان بعضها يند اصابته وتكون
 تابعة والعلامات الاولية من اللوبوس تكون غالبا غير واضحة فلا يعتنى بها
 كلية أو يعتنى بها قليلا وهي عبارة عن ظهور بقع صغيرة حمراء محدودة غير
 مؤلمة بطيئة النمو أو تعدادات صغيرة تكون مع شدة صلابتها كثيرة الحشاشة
 بحيث انها تدعى بسهولة وبالضغط الخفيف عليها بقلم من الخرج الجهنمي
 يمكن التعمق فيها بسهولة (وهذا هو اللوبوس النكتي والدرني) وقد يمتد
 هذا الداء في هذا الدور على هذه الحالة زمانا طويلا قبل ان يكابد استهلات
 آخر ومن النادر ان يكون ذا سير تحت جاد بحيث يحدث تمسكات عمدة في

فالميل من الاساييع وعند الخطاط التغير اللبوسى وشه فانه تظهر هيأت
مختلفة ففي بعض الاحوال يصغر حجم التعدادات الوبوسية عقب تلاشى
عناصرها الثلاثية وامتصاصها فالجزء المصاب من الجلد يتفرطح والبشرة
تنفصل منه على شكل قشور عظيمة (وهذا هو المسمى بالوبوس القشرى)
والجلد يعتبر به حينئذ قشر ندى لاسيما فى جناحى الانف وفى احوال أخرى
يحصل ثخن وتيج فى البورات الوبوسية فيتكون أسفل القشور القيصية
الجافة قروح ذات قاع سهل الانما أملس أوذى تحميمات فطرية (وهذا هو
المسمى بالوبوس القشرى) ولا يندران يمتد انتقوح فى الغور (وهذا هو
الوبوس الاكالى) وحينئذ يمكن تهتك بعض الاعضاء ذات الجدر الرقيقة
كالانف واللاهة وتقرى بعض العظام أو الغضاريف وتتركز زوى بعض
الاطراف يحصل نشوء عظيم ويفقد وظيفته وهناك شكل آخر منه
يظهر غالباً فى الاطراف وله ميل تام للامتداد والسعى فى جزع عظيم من
الجلد وذلك انه يتكون فى حافة جزء الجلد المريض ارتشاحات لبوسية جديدة
أما الاجزاء المصابة ابتداء فيحصل فيها امتصاص أو تقرح (وهذا هو المسمى
بالوبوس الشعبى أو التقرى) ثم ان الاشكال المختلفة المذكورة من
هذا الداء لا ينافى وجود بعضها البعض الاخر بل كثير امان تطعب مع بعضها
وانما أحد الاشكال يكون هو المستطاع على الآخر

ثم ان الوبوس وان كان من الامراض القابلة للشفاء الا ان اذاره ليس
جيداً بالكلية فانه من جهة يميل فى معالجته بسبب سيره البطىء وجدالذى
لا يندران يمتد جملة سنين بحيث ان شفاءه فيما بعد لا يمنع من تكون ندب
القمامية مشوهة واتلاف بعض الاعضاء ومن جهة أخرى يخلف شفاءه
ولو بعد سنين استعداد واضح للنكسات وبالنسبة للشخصين فن
الجائز اختلاط النكت والتعدادات الوبوسية بسبب لونها الاحمر المهر
بالدرن الزهرى والقروح الوبوسية بالقروح الزهرية لكن عند الالتفات
يمكن ولا بد التمييز فى الشخصين باعتبار الامور والظواهر الخاصة بكل من
هذين المرضين واما انتقال الداء المسمى الوبوسى الجدي الى المبرطان
البشرى فلا يمكن حصوله وانما قد يمكن ظهور الاخير على قاع القرح

البوسية

وهناك شكل آخر يخالف بالسكلية للبوس الاعتيادي السابق شرحه وهو المعروف باللوبوس الارتماوى (للمعلم كازناق) والتفسير المرضي هنا (تبعاً لهراً) يبتدأ من الغدد الدهنية التي تكون مضطربة في وظيفتها وقنواتها متعددة وممتلئة بسدد من مادة دهنية وبشرية وفي الدور المتقدم من هذا الشكل تحصل تراكمات خلوية غزيرة في حالات المنسوج الخلوى المحيط بالغدة والابحاث التشريحية للمعلم نيمن وغيره أكدت قول المعلم هراً وانما تبعاً للمعلم نيمن لا يبتدى هذا الشكل على الدوام من الغدد الدهنية والاجربة الشمرية كما ثبت ذلك بحالة تظهر فيها التغير المرضي زيادة عن الوجه في راحة اليدين التي لم توجد فيها تلك الغدد ثم ان اللوبوس الارتماوى يكاد لا يصيب الا الوجه لاسيما الانف واجزاء الوجنتين القريبة منه (وهذا هو شكل ابى الدقيق) فيشاهد هنا ارتفاعات صغيرة محجرة تمتد ببطء ويوجد في مركزها شيرة بزرها تشاهد سدة دهنية في قناة الجراب الدهني وهذا التغير المرضي اما ان ينتهي بالشفاء بدون ان يخالقه تغير او ان يخلفه ندبة يجمية منتجة متقوية بعد استمراره مدة طويلة وهذا الشكل الذي تذكر اصابعه للنساء يكون مصحوباً عند ظهوره الحاد بحمى كثيرة الشدة أو قليلها واتفاخ في المفاصل والام عظمية وانتفاخان عقديبة ولا سيما بالجرة الوجهية الخفيفة أو الثقيلة

المعالجة

معالجة اللوبوس تقتصر في أمرين الاول تبغيد التولد المرضي الجديد المختل في جوهر الجلد فان بقاءه فيهمز مناطق يلا وتلاشيه يؤدي كل منهما لتهتكات ممتدة في الجلد وندب الخشامية مشوهة والثاني هو منع تكون ارتشاحات لبوسية جديدة ففي الامر الاول اتفق جميع الاطباء المشتغلين بأمر امراض الجلد على ان العقد البوسية تستدعى معالجة موضعية قوية لكن الوسائط والطرق العلاجية التي يراد الحصول منها على هذه الغاية تتنوع جداً وان كان لا يشك في ان الحصول على هذه النتيجة ممكن ولو مع اختلاف الطرق العلاجية بشرط استعمالها استعمالاً لاثقافاً ولذا نرى ان التمرن على اجراء

اى واسطة علاجية مخصوصة قد يكتسب بعض الجراحين أو الاطباء الغير
 المتقدمين فى المعارف شهرة عظيمة فى معالجة اللوبوس بل والسرطان حتى
 الجراح الجهنمى الكثير الاستعمال الجيد التأشير يحتاج فى استعماله
 لتمرن مخصوص وهو انه ينبغى الدخول فى العقد اللبوسية بقلم الجراح الجهنمى
 المبرى بمر كذا اثرية فكانما يقصد به فساد المادة اللبوسية وفصلها عن
 الجلد السليم وهذا امر سهل فان هذه المادة هشة والجلد السليم قس
 مقاومة فاجراح الجهنمى بفصد بهذه الكيفية الاجزاء المريضة فقط بدون
 ان يفسد الاجزاء المريضة والسامية معا كما لو تاسا الكاوية والام
 الناتج عن السكى بزل وبعد مضي ساعات فنبغى تكرار الكى بهذه الكيفية
 مرة أو مرتين فى كل اسبوع لانه فى كل مرة لا يمكن الا فساد بعض
 العقد لاجمعها وعندما تكون العقد اللبوسية متعددة ومتفرقة فادوى
 كل من هيرابوكوزى باستعمال عجينة زرنخية مذبذبة (بأن يؤخذ من
 الزرنج الابيض ٦ ديهيرام أعنى عشرة قمعات ومن الزنجفر ٢ جرام
 أعنى نصف درهم ومن مرهم الورد ١٥ جرام أعنى نصف أوقية)
 ويؤخذ من هذه العجينة قطعة على سن المخلوق ويدهن بها مريض من
 البفت ثم يوضع على الجزء المريض ويكرروضعه ثلاث مرات فى كل ٢٤
 ساعة فى اليوم الثانى تحصل الام خفيفة تشدد جسد فى اليوم الثالث
 ونصطب بابتغاخ أو ذيمارى فى الوجه والاجفان لكن العقد اللبوسية
 تكون مستحيلة الى خشك ريشة مسودة قرخوة منعزلة عن الجلد السليم الذى
 لا يكون متأثرا اما المواد اللبوسية فانها تكون منفسدة بالكلية بعد
 جملة من الايام تنفصل الخشك ريشة بالتفيم ويبقى محلها فقد جوه ر على
 شكل ثقب تكون فيها الزرار الحية بسرعة ثم تلتحم وعندما تكون العقد
 اللبوسية متفرقة قد يكتفى بوضع هذه العجينة يوما او يومين حتى يحصل
 الخشكرو لم يشاهد تبعا للعارب كابوزى تسهم زرنخى بهذه الطريقة مطاقا
 مادامت العجينة ليست اقوى فى التركيب مما تقدم ووقع التأثير على محال
 ليست اكثر انسا عمن راحة البدن واليدى واما المعالجة بالتشريط التى اوصى
 بها اوجراها ابتداء ديدنى وقد مدت جدا بواسطة الملم فلكنه وويل ففى

عبارة عن وخز السطح المريض بشقوق عديدة قريبة جداً من بعضها
غورها من خط الى خطين بواسطة مشروط ذي سن حاد فيسج جداً أو مضغ
خاد مستطيل السن وهذه الطريقة بتكرار اجزاؤها من ثلاث مرات الى
ثمانية في ظرف جملة اسابيع وبها يحصل ضمور الاوعية الشعرية من
جهة ومن جهة اخرى تساعد على حصول ثلاثي الاخيلية المرتشحة
وامتصاصها وهناك تنويح اخر لهذه الطريقة او هي به فليكن وهو كشط
المواد البوسية الرخوة بواسطة ملقعة حادة الطرف لكن حيث انه لا يمكن
استبعاد جميع الاجزاء المريضة بواسطة ما ينبغي ولا بد استعمال الخز والكي
في سماع الجرح وحيث ان طريقة فليكن هذه مؤلمة جداً فقد اوصى
باستعمالها عقب التخدير بالكلور فورم وعين ذلك يقال بالنسبة لطريقة
الكي الجلاوي التي استعملها ابتداء هيراني اللو بوس وعند اجراء هذه
الطريقة يمر السلك البلايني المحمي للدرجة البيضاء من المواد البوسية
فيفسدها

ثم انه لا يجوز على الدوام اجراء معالجة موضعية مفسدة في اللوبوس فانه
عندما يوجد لاعم التقرحات البوسية ارتشاحات سطحية فقط كما يشاهد
ذلك في اللو بوس التفلسي والارتماوي يمكن حصول الشفاء بدون تقرح عقب
امتصاص الاخيلية المرضية ولذا انه في الاحوال التي فيها تكون اجزاء الجلد
قليلة الارتشاح (ومعطاة) بنكت يجتهد في حصول التصل والشفاء بالطرق
البسيطة فانه لا يعنى تشوهات ندية كما يحصل عقب الشفاء بواسطة المعالجة
المفسدة ولاجل انالة هذه الغاية ينبغي من الجزء المريض جملة ايام متوالية
يجعل من كرم الحجر الجهنمي (حزم من الماء على جزء او جزءين من ازتات
الفضة) أو بصيغة اليود لاجل احداث تهييج موضعي ويترك المس بعد ظهور
الام والانتفاخ ثم يكرر تاثيره حتى زال التهييج ومن الموصى به بكثرة ايضا في
اللوبوس الارتماوي استعمال الشمع الزينقي وذلك ان يطلى به قطعة من
البفت الناعم ثم توضع على المحل المريض مع تغييرها كل يوم مدة طويلة من
الزمن وزيادة عن ذلك يستعمل في اللوبوس الارتماوي بعض المهيجات
الشديدة والكوايات الحفيفة والها روح الصابون البوتامي (بأن يؤخذ

من الصابون الأخضر ١٠ جرام ومن روح النبيذ المركز ٥٠ جرام ويترك
 للزج مدة ٢٤ ساعة ثم يرشح ويضاف اليه روح الخزامى ٥ جرام
 وبهذا المخاط تلك الاجزاء المربضة بجملة مرات بواسطة فرشاة دلكا قويا
 حتى يحصل الادماء ثم يوقف الاستعمال ولا يكرر ثانيا الا بعد سقوط القشور
 انى تكونت من المس الاول ويوصى ايضا باللبوس الارتماوى باستعمال
 وسائل موضعية عديدة اخرى كالجليسرين اليودى (الركب من اليود والنقى
 ومن بودور البوتاسيوم من كل ثلاثة جرامات ومن الجليسرين ستة جرامات)
 وكذا المس بالقطران والكي مع الاحتراس بحمض الخليك أو الكحول ودرينك
 أو السكر بوليكن أى الفينيك بل وبحمض النتريك المركز او باليوتاسا
 الكاوية (جزء منها على جزء من الماء) وبالجملة يستعمل مع الصباح
 ونحو المحل المريض على حسب طريقة فلكم كما ذكرناه سابقا وبجميع هذه
 الطرق العلاجية ينبغي معرفتها والاعتناء بها فانه كثير اما لا تثمر أحداها
 في حالة تثمر فيها طريقة أخرى وأما المعالجة الباطنية فاعلم ان أغلب المؤلفين
 لا يعتمد عليها في معالجة اللوس اذ بها لا يتحصل على شفاء كيدفى هذا
 المرض ولا يمكن شفاء النكسات الجديدة التى يخشى منها ولا بد ولومع
 استعمال المعالجة الموضعية انما فى بعض الاحوال قد يشاهد منها منفعة
 عظيمة لاسيما استعمال زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة والمحول الزنهى
 لفلابرو مطبوع زعنم الذى شاهدها منه نجما عظيما احيانا ومن الواضح
 انه عند وجود احوال مرضية مع اللوس كداء الحنازير او الانيميا ينبغي
 معالجتها بما يليق

(سادس فى الامراض الجلدية العفيلية)

المبحث التاسع عشر فى السعفة

توجد طفعات جلدية عديدة فيها تولى نبات طفيلي تارة واحرى
 حوان طفيلي فوجود هذا الفطر في المس بالصادفة بل انه هو السبب
 الاصلى لحصول تلك الطفحات الجلدية فى الامراض الجلدية الناشئة
 عن الفطر التبقى يكون مجلس هذا الفطر المكروم كوى اما بين
 طبقات البشرة او فى البصيلات الشعرية او فى الاظفار والمعلم شونكي

هو الذي اثبت ابتداء الطبيعة الفطرية النباتية لاداء السعفة السكن منشأ
 هذا الفطر (المعروف بالا كور يون للعلم شولان) ولا سيما كونه
 فطر اصليا قائما بنفسه او نوع بنت من فطر التعفن لم يمتحق الى الآن فالعلم
 هو من مدينة جيس ذهب تبعا لاجتهاده وتجاربه الى ان الفطر السعفي الاصلي
 نوع ميكورموزس اى الميكورموزى التفرع فينضم اليه غالباً البنفسليوم
 جلوكم ثم ان الفطر السعفي ولوانه صحر التثبت بنقطة بل من شخص الى آخر
 او من شخص الى حيوان وعكسه فكثيرا ما ثبت عند الاصابة بالسعفة انتقال
 هذا المرض من شخص الى آخر استعمال غطاء الراس وما يودعه مع الاشتراك
 او مخالطة بعض الحيوانات المريضة (كالكلاب أو القطط) وفي احوال
 اخرى لا يمكن اثبات بدوع هذا الفطر وحينئذ يقال ان احدى الجراثيم
 الفطرية السعفية وصلت الى جلد شخص غير نظيف مكثت فيه زمنا كافيا
 حتى وصلت الى اجزىة الشعر وكذا استعمال الضمادات او الكمادات برقايد
 غير نظيفة عفنة يمكن ان يساعد على تثبيت هذا الفطر على الراس والسعفة
 نشاهد بالاكثر عند الاطفال والشبان وفي الذكور اكثر من الاناث وهى على
 العموم مرض جلدى قادر على التولف ذكر ندرته بالفسفة لبلاده واما في
 قطر مصر فهو مرض ليس بنادر سيما عند الفقراء
 في الاعراض والسير

تظهر السعفة غالباً في فروة الراس ولكنها تظهر احيانا في اجزىة اخرى من
 الجسم بل وفي جوهر الاظفار (وهذا من المرض ولا بد) حتى شوهدت شخص
 مصاب بالسعفة بعد النظافة وتكوين الطفح ثانيا يبرى في الايام التابعة
 لذلك قشيرات مبيضة فقط وهذا هو المعروف بالتيير يازس الرأسى ثم
 بعده حتى بعض اسابيع تشاهد جسيمات في حجم راس الدبوس ذات لون
 مصفر منقرس في الجسد تكون متقوية من مركزها بشرة وتكون
 من مواد فطرية تنمو بين الطبقة البشرية الظاهرة المتشعبة بالشعرة
 والباطنة المبطنة لقهوة الجراب الشعري وهذه المواد الفطرية
 بنموها وتكاثرها تمدد جذر الطبقة البشرية الى نوع محفظة يصل
 حجمها الى حجم العدسة او ازيد وتكون منبجعة في مركزها بسبب

التصاق البشرة بأصل الشعر ويذاب في تمدد الواد الفطرية فتنبع وإما
السطح الباطن الجسيمات السعفية المتجهة نحو الجلد فإنه يكون محددًا بحيث
يمكن فصلها عن الجلد من حافتها بدون جرحه ثم فيما بعد تتلاصق تلك
الجسيمات ببعضها وتختلط فتسكون قشور عظيمة ومع ذلك فيمكن على
الدوام معرفة تركيبها وانما تكون من أقرص حلقيية وفي الانتهاء تنتفت
تلك القشور من سطح الظاهر ويحل محلها الاصفر التبي الخالص لون
ابيض جديبي بحيث عند النظر الى محلها يمكن عدم معرفة طبيعة هذا الطمع
ما لم توجد في بعض الاصفار جسيمات سعفية صغيرة واصفة ومع طول الزمن
يتسكدها الشعر الزايع من الجسيمات السعفية فيفقد لمعانه ويصير ترابي
اللون ويسترق ويفقد مدته الملونة يسقط بالكلية بدون تجديد وذلك لان
الجريبات الشعرية تنهر بسبب ضعف الجسيمات السعفية التي تدريجي
فيحصل حينئذ من ترك هذا الداء ونفسه شفاء تام الا أن هذا بعد
بعدة سنين ثم يخلفه صلح تام ندبي وضروري الجلد ومع ذلك توجد أجزاء أخرى
من الجلد تصاب من جديد وتكون مغلفة بالقشور الواسعة لهذا المرض
وتتميز السفة عن غيرها من الطفحات الجلدية لقروة الرأس كالسور بازس
والاجزما وفي ذلك ينذر ان يكون فيه مصوبة وانما في الاحوال
انتي فيها يكون عند طفل مصاب بالسفة مرض قوى بسبب القمل أو قنوه
وحصول أجزما يكون من الضروري حينئذ فعل التشخيص بواسطة
المكروميكوب فيه يظهر ان الجسيمات السعفية مكونة من عناصر
فطرية ومن مادة بيضية ضامة زيادة عن الغلاف البشري وتمد من
السطح الظاهر لا فقط السعفية أحيطة عديدة من الميتيل النباتي
في باطن الجسيمات السعفية وفي الابتداء تكون هذه الأحيطة بسيطة ثم
تتقسم وتصلب عقدية وتنفرع فينشأ منها عدة فريعات وهذه العناصر
الفطرية توجد أيضا في غمد البصيلات الشعرية بل وفي الشعر المستخرج
نفسه

المعالجة

متى كانت السفة مصيبة لأجزاء من الجسم مغطاة وبر رفيع من الشعر

تسهل معالجتها واما السعفة المصيبة لغروة الرأس فانما تحتاج لمعالجة
مستمطة منتظمة للغاية فيبتدئ بتنظيف الرأس جدا بواسطة ذلك
بالزيت المتكرر والالة القشور ونزعها ثم غسل الرأس بالماء الفاتر والصابون
غسلا جيدا وحتى تم تنظيف الرأس بعد يوم أو اثنين يظهر الشعر مجرا قليلا
بحيث ان غير المتمرن يظن ان الداء قد انتهى غير ان الجراثيم العديدة الباقية
في الاجربة الشعرية تنمو من جديد وعاقليل من الاسابيع تكون
الجسيمات السعفية ثانيا فالقصد من المعالجة حينئذ تبيد الجراثيم
الفطرية الخفيفة في الاجربة الشعرية وازالتها وهذا يستدعي ابتداء فتح
الاجربة الشعرية المصابة بواسطة تنف الشعر المصاب الذي يتم بعباية السهولة
لان الشعر المريض يكون سهل النزاع ويفعل ذلك اما بواسطة جفت أو على
حسب طريقة هيرا بقبض الشعر على هيئة خزم صغيرة بين طرفي مسلق
أو سكين غير حاد والابهام الضاغطة ونزع الشعر المريض بسهولة بخلاف
السليم فانه لا ينزع وزيادة من هذا التنف المنكر رينبغي غسل الاجزاء
المريضة بالصابون كل يوم مرة أو مرتين أو بمرح الصابون البوتاسي وينصح
لذلك الاستعمال الموضعي لاحدى الوسائط المبروفة بانها قاتلة للفطر كمرهم
الكر يوزوت جزء منه على ٦ أجزاء من الشمع الى ٨ منه أو الملس بمحلول
حمض الكربوليك (بأن يؤخذ من حمض الفينيك ٣ جرام ومن كل من
الجلسرين والكحول ٣٠ جراما ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما)
أو بمحلول السليماني (المكون من ٥ دسجرام منه على ١٠٠ جرام من
الماء المقطر) (أو ذلك بزيت الترمنتين أو مرهم الراسب الابيض أو نحوه)
ومع ذلك لا ينبغي انتظار حصول التأثير السريع القوي من تلك الوسائط
بل كثير اما لا يحصل الشفا مالم يحصل تنف الشعر وغسل الرأس
بكيفية قوية مستمرة جملة اشهر واما المحال الناعمة المغطاة بور
شعري خفيف فالمعالجة السابقة فيما تؤدي للغاية المطلوبة في اقرب
زمن واما المعالجة المستعملة في مصرنا تنف الشعر دفعة واحدة بواسطة
لصق من الزفت فبعد من المعالجات الوحشية القاسية وكثيرا ما تعيقها
النسكات

في البحث العشري في الهريس الطافي

الطغيب الثاني عن هذا الطغيع (المعروف بالتركيب في تون تنزورنس)
لذي استكشفه ملستن وجري يثبت بين طبقات البشرة والشعر بل
والأخيلة الطغيرة ولذا ان هذا الطغيع يكثر ظهوره في جميع أعمار الجسم
أما ذاتيا بمساعدة الشروط الاعتيادية المعينة على تكاثر الفطر
التعفي الاعتيادي وهي التي تسهل استرخاء البشرة ونفوذها من طبقاتها
الباطنة كالحمات المتكررة والضمادات المستمرة لاسيما ير فالدغير
نظيفة محتوية على فطر وكذا أجز الجسم المنداء بالعرف دائما كاسفل الثدي
والثنيات الصفنية الفعذية وأما ان يكون ينبوع هذا الطغيع العدوي وتكون
أما من شخص لآخر أو من بعض الحيوانات (كالابكار والخيول والكلاب
والقطط) ونحو ذلك اذ من المصابون بها ككثيرة الاصابة بالهريس
الفطري

ثم ان الفطر النافذ في البشرة يهيج الجسم الحلي عند ابتداءه في النمو فيحدث
احتقاناً موضعياً بقعة حمرة وباعداد نحو الفطر في الدائرة يزداد محيط هذه
البقعة المحمرة فتكتب شكلا مستديرا أو بيضاويا في حجم الدسة أو أزيد الى
حجم قطعة الرمال وعند ما يكون التهيؤ قليلا لا يحصل تضخم واضح وإنما
تنفصل البشرة على هيئة قشور مبيضة من القاع المحمر (وهذا هو المعروف
بالهريس الفطري البقي) وحيث انفصال البشرة تنفصل أيضا
المواد الفطرية المحتوية عليها فيحصل الشفاء ويتبدى بالأجزاء المصابة
أولا أعنى في مركز البقعة المستديرة فيظهر الجلد في المركز حينئذ
سليما أو يجمعتا بحيث يظهر بدلا عن البقعة المستديرة نوع حلقة تتسع
شيئا فشيئا وتمتد من جهتها الوحشية الى أن تحتلط بمحقات أخرى من
نوع هذا الطغيع فتكون أشكالا غير منتظمة تتأكد ولا بد معرفة انها
مكونة من دوائر وعند ما يكون تهيؤ الجلد شديدا يظهر بدلا عن البقع
المستديرة عقد صغيرة أو حوصلات صغيرة أو كبيرة تضخم بسرعة فينطلقها
قشور أو قشور رقيقة كافي الحالة السابقة لكنه يتكون في الدائرة الممتدة
المركزة قليلا لهذه البقع المستديرة حلقة جديدة من حوصلات في انشائها

المركز وهذه الحلقة تكسب السير السابق وفيها بهد يتكون في الدائرة
 حلقة من نحو يسلات آخر تحف فيما بعد ويعقب ذلك حلقة اعظم منها
 وهكذا (وهذا هو المعروف بالهربس الطفيلي الحويصلي) وبعض المؤلفين
 يعتبر الهربس الحلقي مماثلا لشكل الهربس الطفيلي الحويصلي الذي
 نحن بصدده لكن هيراو كيوزي يعتبر ان الهربس الحلقي شكلا مخصوصا من
 الهربس القرصي والاريتما القرصية اللذين ليسا من طبيعة طفيلية وفي
 احوال الهربس الطفيلي لفروة الرأس توجد هذه الحلقات المحمرة المغطاة
 بقشور او قلوبس رقيقة مبيضة ومع ذلك يتغير غوا الشعر في المحل المصاب فيصير
 رقيقا ويسقط او يتقصف ويفقد لمعانه بحيث ان المحل المصاب يشابه الصلع
 يمكن ينبغي التفرع في الوقوع في الخطاء ويشبه الهربس الطفيلي الراسي
 بمرض الشعر المعروف بداء الثعلب الحلقي الذي يصيب الاطفال والبالغين
 حيث فيه يسقط الشعر ايضا ويبتدى بنبطة محدودة فيها يكون غوا الشعر غزيرا
 جدا ثم يمتد كذلك نحو الدائرة بحيث تتسكون حلقات عارية عن الشعر تحتلط
 فيما بينها حلقات اخر الان داء الثعلب الحلقي ليس ناشئا عن فطر طفيلي
 بل عن اضطراب عصبي والمحل المصاب لا يظهر فيه احمرار ولا تكون قشور بل
 يكون املس غير متغير وبعدها تستمر اربعة اشهر جملة من الشهور ينبت
 ثانيا بدون ادنى تدخل للصناعة الطبية وفيه يمكن ان يتبداء على
 هيئة ويرصغير فاذا الماد الملوثة ثم يكسب لونه وقوته الطبيعية من وقد يكون
 محلب الهربس الطفيلي في الجزء الكثير الشعر من الوجه والاعضاء
 الانقبضية او حفرة الابط لكن في الغالب تظهر الحلقات المحمرة لهذه
 الطفح في اجزاء الجلد الخالية عن الشعر فان ظهر الهربس الطفيلي في الاجزاء
 الكثيرة الشعر من الجسم وامتد الفطر في الاجزاية الشعرية احدث بنموه
 فيها التهابا ونشأ عن ذلك شكل مخصوص من السيكوزس (المعروف
 بالسيكوزس الطفيلي) وامتد عنهم هذا المرض فحس الجائز اختلاطه
 بالوردية الزهرية وبالسوريازس لكن في هذا الطفح الزهري يفقد
 التقرح والتهلمس وكذا توجد علامات اخر من الداء الزهري البني واماني
 احوال السوريازس فان الدوائر الحلقية المحمرة تكون مغطاة بقشور

ضحية مستوية ومن النادر الالتجاء للبحث المكسر كوني لاجل معرفة وجود الفطر من عدمه حتى يتحقق التشخيص والمواد الفطرية التي تشابه الفطر السعفي تتكون من أعينة عديدة فطرية كثيرة الفرع بين طبقات البشرة المتفصلة من الحماقات الهرسية وفي بصيلات الشعر وسير الحر بس العافيلي يختلف اختلافا عظيما فقد يكون ذا سير حاد في الاسابيع الاول سيما ان كان عمدا على سطح متسع من الجلد فالربع المحدودة تكون بسرعة حلقات متمسدة وثة ككرر الطقم بل وقد تظهر رحو مسكة حمية خفيفة وفيما بعد يكون سيره بطيئا بحيث ان كل حلقة تحتاج لجملة أسابيع بل أشهر حتى تشفى من مرضه او تمتد من دائرته كما تقدم ذكره وبامتداد حدود الفطر قد يستمر هذا المرض جملة أشهر بل سنين وبعض الحو بصلات الهرسية باستمرار حتى يتركاها كما هي قد تضعف بالاجزاء والهرس الفطري كغيره من العافيات الجلدية يستعصى عن الشفان كان مصيبا لاجزاء كثيرة الشعر من الجسم ومع ذلك فالشعر الساقط يكاد يبعث بعد الشفا دائما فمن النادر ان يخلف هذا الطقم صلح مستمر

المعالجة

حيث ان هذا المرض من طبيعة فطرية فالاهم في معالجته طرد الفطر وقتله فبعد وجود تيج التماهي شديد يضارب ابتداء بواسطة المراهم المطسفة والمكمدات الرصاصية وبعد زواله يتبدى بذلك الاجزاء المريضة داسكا قويا بواسطة قطعة من الدوف بعد غمسها في روح الصابون البوتامي أو الصابون المعتدل أربعة أيام الى ستة مرة أو اثنين في النهار وبذلك تفسد البشرة وتسقط هي والفطر المحتوية عليه في اليوم التالي ومع كونه من الضروري احداث تأثير موضعي قوى لاثالة هذه الغاية ينبغي ولابد الاحتراس من شدة التيج الموضعي اذ بذلك تحصل أجزى مما صناعية وان كان الطقم عمدا على اجزاه متعددة ينبغي ذلك الحال المصابة بالصابون صبا حار وساه وتركاها بدون غسل مع صون الحال المتسلخة ثم ينتظر ان تمام الغاس الذي يستمر جملة أيام وبعد ذلك ينظف الجلد بالغسل فان لم تحصل نتيجة تامة وجب تكرار ذلك وفي أحوال الهرس الفطري لفروة الرأس وغيرها من أجزاء الجسم الكثيرة

الشعر يجب ولا بد تشف الشعر بملقاط فان ذلك امر ضرورى في حصول الشفا وفي احوال الطغم الغير الممتد المستعمى ينبغي استعمال وسائط موضعية قوية كالمن بالهطران أو بهقة اليهود أو الجلسرين اليهودى في قتران متعددة أو تستعمل الوسائط القنالة للفطر السابق ذكرها في السعفة

في المبحث الحادى والعشرون

في البتر ياز من الطفيل الى

الطفيلة الطفيلية لهذا الطغ غير المهم قد استكشفها في سنة ١٨٤٦ الماهل ايكستيت والفطر المعروف (بالمكرسيورون فرفور) يكون مجلسه الطبقة السطحية من البشرة وتسهل معرفة بالمكرسيورون في الاجزاء الساكنة منها ويتميز عن فطر السعفة والهريس يكون الاضرار الكائنه بين الخيوط الفطرية العديدة وغير الكثيرة النفرع لا تكون مصطفة بجوار بعضها اصطفاها متساو ومتفرقا بل تكون مجمعة مع بعضها على هيئة حزم مستديرة كهيئة قطف المنب وتلقيح البتر ياز من الفطري وان ثبت بالثبارة الا انه ينذر حصوله بالعدوى بل الغالب حصوله ذاتيا فيشاهد بكثرة عند الاثخاص القسرين الذين لا ينظفون اجسامهم ولا يغيرون ملابسهم ويكاد يوجده على الدوام في اجزاء الجسم المغطاة بتلك الملابس كالصدر والبطن والعنق والخصدين والفخذين وينذر وجوده في الساقين ويكاد لا يشاهد في الوجه والايدي والاقدام فان هذه الاجزاء تكثر نظافتها وعند الاطفال والشيخوخ لا يوجد هذا الفطر الطفيلي

ثم انه يشاهد في الاحوال الحديثة على الاجزاء المصابة من الجلد بقع صغيرة مستديرة صغيرة ممتعة شيئا عند مكثها منساقا ويلا ثم تختلط مع بعضها فتغطي سطح امتساع الجلد وكثيرا ما يشاهد فليس رفيع نخالى في البشرة ويمكن نزعه اذا تماسهولة بالانفاقر والضغنة الاصبع على الجلد يتضح انه يوجده زيادة عن تغير لون البشرة نوع احتقان في الجسم الحلى ثم ان هذا المرض الفطري يكون ذا سير بطيئ بحيث ان الاثخاص القسرين يستمر الداء عندهم جملة سنين بدون اعتناء في شفاؤه

وقد تختلط البقع البتر يازية الفطرية بسبب لونها الاصفر المسمر بالبقع

البيضانية الحقيقية ويندر اختلافها بالزواج (وإنه المرقطة والمرقطة)
فإن وجود هذه الأخيرة من سن الطفولة يكفى في تمييزها وكذلك بالاختلاف
اختلافها بما يقع الشمسية التي تظهر في الوجه والأيدي أذ من المعلوم أن هذه
الاجزاء لا يتشبه بها الفطام البتر يازى وكذلك يسهل تمييزها من البقع
البيضاء نية لجلد المحدودة والمتنشرة المعروفة بالبنع السكبدي

﴿المعالجة﴾

البتر يازى الفطامى يمكن معالجته بسهولة بالغسل المتكرر والجلد بالصابون
وتسكير تغيير الملابس وإذا اريد زواله بسرعة وجب ذلك بالصابون
الطبي جملة أيام مع تركه على الجلد بدون غسل ثم الاستحمام

(المبحث الثانى والعشرون فى الجرب)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

الجرب عبارة عن التهاب جلدى مختلف الاشكال يتسكون فى اثناء سيره اما
بمعدات او بحويصلات او بشور وهذا الاتم بنتاج من طفيل حيوانى وهو
المعروف بالاكروس الجربى اى قلة الجرب والاشئ من هذا الحيوان الطفيلي
التي هي اعظم حجم من الذكور يكون طولها نحو نصف مليمتر وبالنظر لها
بالعين العارية توجد على هيئة جسيمات مبيضة مستديرة وعند النظر لها
بالمكروميكوب وتظهر على شكل الزحافة فظهرها
المحدب يكون موهجا بمخاطوط مستعرضة قوسية وتوجد بزوائد كثيرة
الطول او قليلة والفقس الجديد من هذا الحيوان يكون ذا رجل هرمية
الشكل لها ستة مفاصل والقديم منه له ثمانية والزواج المقدم من هذه
الارجل يكون وثمها بمخلفات او افراس مستديرة يتشبه بها والزواجان
الخلفيان فى الاناث تهيان بزوائد مسطوية واما عند الذكور فلا يكون
كذلك الا الاول من الخلفيين واما الزوج الاخير منه فانه يكون موشى كذبت
بمخلفات او افراس يتشبه بها ويخرج رأسه من بين ارجله المربعة وثمها من
سطحه السفلى بشكين قريبين منفصلين عن بعضها بجزأ ويرى من خلال
جسمه الشفاف كل من المعدة والمعاء محتلتا بمواد شبيهة بل البيض المحتوى
عليه البيض فى الاناث الملقحة وهذه التى تشاهد بكثرة عن الذكور تنقب

الطبيعة القرنية من البشرة الى الشبكة الملمية فتكون ميازيب قنوية
 طوافها من خطوط بل احيا تاثير من قيراط وفي هذه الميازيب يوجد البيض
 في ادوار مختلفة من النمو ومحافظة فارغة ومواد ثقيلة معمرة ، والذ كود من
 هذا النوع تحفر مسالك قصيرة ولذا يصعب وجودها والبيض يظهر انه يتم
 نموه في ثمانية ايام الى عشرة والغرس الجديد الخارج من غلاف البيض
 المشرق يترك الفجر القنوية للامهات ويحفر له بقرصا مسالك جديدة وبعد
 تقشير غلافه مرارا (اقله مرتان) وتقام عدد ارجله ثمانية بعد تجديد
 انغلاف الاول يظهر انه يسبح على سطح الجلد في اثناء الليل عندما يكون
 الجلد حار ابطا الفرائش ثم يتساقط ومن الماثرته بدلا من ذلك تبحث الاناث
 عن الذكور في غير اثناءه متى وصلت اثنى واقعة من هذا الحيوان الطغلي
 من جاسدته تنخر الى اخر مصات عدوى هذا الاخير بالجرب فالنوم مع
 شخص مصاب به اشد خطرا ومع ذلك فمن الجائز انتقال الجرب بدون ملامسة
 لاوا - ناية مع شخص مصاب به وذلك ان الملابس او ادوات الفرائش
 المحتوية على قس هذا الحيوان يستعملها شخص اخر والقول بان بعض
 المرضى الجربا ينشأ - ييوا مجرد ملامسة سارية او مصافحة ، ليد بالجرب
 لاحقيقة له وليس من المعلوم مقدار الزمن الذي يعيشه حيوان الجرب متى
 بعد عن المحال التي يتغذى فيها لكن يظهر انه يسلك بسرعة متى
 اصل وتثبت بأدوات الفرائش او الملابس والذي يؤيد حقيقة هذا الراي
 اكثر من مشاهدة بعض القس ما ذكره هسبر ان انه يعالج في مارس ستان
 وينهال نحو الالف وخمس مائة مريض بالجرب في كل سنة ، وأنه مع عدم تعرض
 الملابس وادوات الفرائش لطرق مخصوصة لاجل قتل قس هذا الحيوان
 ولا وضعها في قزانات القلي او القفل لا تزيد النكسات في العدد عن واحد
 في المائة

في الالهراض والسير

المرض الذي يدل على وجود الجرب ابتداء هو الاكلان الشديد الذي يزداد
 جدافا المساء ومن حرارة الفرائش سبب شدة تحرك حيوان الجرب وهذا
 الاحساس بالكلار لا يشتد فقط في المحال التي تكون غالبيا محلها لحيوان

الجرب يصيب اصابع اليدين وثقبات المعاصم والمفاصل والشدين والعجز
والعفن والقضيب والاقدرام بل كذلك جلد البطن والمغذين والعفج
الذي يظهر بالتدريج يعتبره هيرا نوح اجزى صناعية وينسبه من جهة التبريد
للاواسع على النخج عن حيوان الجرب ومن جهة اخرى لتأثير الحرش
بالاظافة يظهر في الاصابع والمعاصم وثنية المرتقين وفي جميع المحال السابق
ذكرها المعرضة للحرش شديد كالصدر والبطن والمغذين تعقدات او حلمات
او حويصلات او ثور بعدد متفاوت على حسب استعداد الجلد النضر
فعند الاطفال والاشخاص ذوات الجلد الكثير التثرير تبقى الالتهاب الجلدي
بسهولة فيحصل تقيع وتكون ثور (وهذا والمعروف بالجرب البثرى)
واكثر من ذلك دلالة على الجرب وجود الميازيب القنوية لنفس حيوانات
الجرب التي تشاهد بسهولة للثور من كل من التعقدات والحويصلات
والثور وتتميز بسهولة من الحرش ويستحيل الى خشك ريشات دموية
وهذه الميازيب القنوية تظهر على هيئة خطوط قنوية تشابه اثر القسام
التساقط الخيطية الناجمة عن الوخز الخطي للابر في ابتدائها في المحال
التي نلخصها انفس حيوان الجرب تشاهد غالباً حويصلات ويندر مشاهدة
حلمات او ثور وفي اتمامها تشاهد نقطة رفيعة دائنة او مبيضة تكون موازية
للصفر الذي وصل اليه القفس الاكروسي واكثر وجود تلك الميازيب القنوية
في الايدي لاسيما في الجهة الانسية من المعاصم والساعدين وبين الاصابع
والقضيب ومن المآثر وجودها في جميع اجزاء الجسم ماعدا الراس ونبغي
لاجل الحصول على القفس الاكروسي وضعه اذ دخل ابرة في ابتداء الميزاب
القنوي باخف الحركات مع غزق ابرة المغطية لتلك القناة لتفقد
البيضاء الصغيرة التي توجد عادة في طرف الابرة بعد هذه العملية هو
القفس الاكروسي وبوضعه تحت الميكروسكوب لا يندر ان يشاهد فيه بيضة
تخرج بسهولة عند الضغط عليها قطعة من الزجاج من جسم الحيوان والمساك
الاكروسية التي يوجد فيها البيض تصطبغ بارشاح وحرارة في اجزاء الجلد
المسكينة أمثلها وبما استمرار الجرب بعد قمر الزمن يكذب الطفح الذي
كان ابتداء خفيفا شدة وامتدادا بحيث ان الطهجات التي كانت بعيدة عن

ومعها في الاجزاء المتضاربة فختلا ويكتسب الطغص شمسكل الاجز بما
الجر المتضاربة البسيطة او القشرية وهذا يشاهد عند الاطفال
الذين لا ينهرون بصير التشنج عندهم عمرا بسبب امتداد هذا الطغص
الى الوجه ونحوه فالراس اذ قد يصل اليه الفم الا كروسي

ولا حل تشنج من الجرب مع الدقة لا يستدعي الحال على الدوام ثبوت وجود
المسالك الا كروسية في اغلب الاحوال فان لا كان اشديد الذي يتردد
كل مساهو يرتقي يكفي غالباً في معرفة هذا الداء ولو قبل تضاع ادنى تغير في
الجلد وذلك ان ثبت ان المريض كان ملاسا قبل مضى بهض أسايصح لنقص
مصاب بطغص جلدي أكال وبسهل تمييزاً لازيما الحقيقة من الجرب
الذي هو أيضاً نوع أجز بما قام بنفسه فان كلاً من انفصال الطبقات
الجلدية من بعضها وتزق اغلب بالحرش وامتداد العقم على سطح الجسم
لا سيما الاجزاء التي سبق ذكرها وسلامة كل من الرأس والوجه والتظهر
وثوران الآلام في كل مساهو لكان في معرفة هذا المرض ومه كان شفاء
الجرب خالياً عن الخطر وسهلاً في شفايته فانه متى جد الى الطبقات العالية
من النوع الانساني لانه يعتبر مرضاً ذاتياً خاصاً بالفقره وهذا الاعتقاد
القاسد منسلط جداً حتى ان قول الطبيب ان الطغص الجلدي الوجود
سهل الشفاء جداً وغير خطر لا يمنع من الرعب الشديد عند القول انه
جرب

﴿المعالجة﴾

الغاية الوحيدة المهمة في معالجة الجرب هي قتل الفم الا كروسي
ويضه المحتوية عليه المسالك القنوية بواسطة معالجة موضعية ومعنى
تمت هذه الغاية شفيت أيضاً الطغصات الجلدية الناتجة عن هذا
الحيو ان الطغص والحرش المتسبب عنه وعلى اختلاف الوسائط العديدة
المستعملة في المعالجة من الجرب تهصر على ذكر الموافق منها بسبب الاحوال
ون معالجة الجرب تختلف في الحقيقة باختلاف الاحوال فمنه الاطفال
والنساء وذوات الجلد الكثير الحساسة مثلاً لا يمكن اتباع المعالجة التي
يجوز فعلها في الرجال ذوي الجلد السميك القوي كان المعالجة تنوع ايضاً

بموجب اختلاف درجة المرض وكذا بعد درجة الانحطاط بالنسبة لمرحلة
المعالجة او اجرائها مع الثاني واما كيد وبالملة فقد يستند في الحال ايضا
لاجراء المعالجة ليلا لعدم انقطاع المرض عن اشغاله اليومية او
القدر من الاقارب مثلا فان ذلك يتنوع المعالجة الاعتبارية ايضا وكذا في
الدوية المستعملة في الحرب من الامور التي ينبغي ملاحظة ان المصابين
بهذا المرض يكونون في الغالب من الفقراء وكثيرا الجواهر الدوائية استعملت لاف
هذا المصاء كان على حالة بسيطة مقاومة هو المصابون بالطبي والكبريت
فان اريد استعمال المصابون الطبي بذلك الجلود لكاقر يا قلهم من ماء كل يوم
ما بعد الراس لاصحاب الحال التي تكون مجلسا للفقس الاكروسي والمرض وانما
ينبغي صيانة الحال الرقيقة الجلدية الاعضاء التناسلية عن ذلك الشديد
خوفا من حصول الانتفاخ والالتهاب فلا يدلك منها الا يحصل العاقبة فقط
ولا ينبغي غسل المصابون في أثناء المعالجة ولا تغبير الملابس وينبغي
بقاها الجربان في أثناء المعالجة بين اغطية من الصوف عاريا حيث انها
لا تمنع المصابون ومدة هذه المعالجة تختلف بمسبب درجة تغير الجلد والقوة
التي فعل ذلك بها فتكون من يومين الى خمسة وتنتهي متى زال الاكلان
الناتج عن الجرب بالكلية وحل محل الاحساس بالثور والحرقان الذي يتميز
المرضى عن غيره وصارت البشرة قشرية ولم يسترد الطبع وانما من هذه
الحبيبية الاخيرة نبتة على انه يحصل عند بعض الاشخاص ذوات الجلد الكبير
التأثير من ذلك بالمصابون اجزاء اصناعية فظهور الحبوب بصلات ثانيا
يوقف الزهر خطأ عند المصابين بالجرب بان الشغل يتم وانه يلزم تقوية ذلك
بالمصابون وبعد انتهاء المعالجة بهذه الكيفية ينبغي غسل الجلد واستعمال
حمام ويمكن الحصول على الشفاء بسرعة متى صار مخرج المصابين الطبي
يزهر الكبريت الذي استعماله من مركب اخر ولو كان ثمنه غاليا فلهذا
مركبهم ولكن سور الذي نوعه هيرا (وهو مركب من زهر الكبريت ومن
زيت الزيتون من كل ٣٠ جراما ومن المصابون الطبي والثمن
مركب ١٥٠ جراما ومن الطباشير ١٠٠ جراما) واما طريقة المعالجة
المرتبعة للعالم هردى التي هي امكن مثل انفس الاكروسي فاعلموا في

الاثنا عشر ذوات الجدا القليل التأثر من ذلك كور ولا ينافي الجماع العظيمة
 كالتشلاقان اذ يهذه الطريقة يستغنى الحال عن تعيين حال هذه
 الجبراندير وهي عبارة عن ذلك بانها بون الى هي نصف ساعة ثم استعمال
 حمام فاتر مدة ساعة مع استعمال ذلك ثم اخير ايديك بجمع الحمام مدة
 ثم نصف ساعة بمرهم حماميك الماركة من (زهر الكبريت ١٥ جراه
 كريونات ابوتاسا ٨ جرام ثم يقي ٦٠ جرام) واكثر من هذه
 الطريقة في الشهرة ولاستعمال طريقة المعلم فلم ينكس كانه قرر استعمالها
 في المسمك را بلجيكي وهوان المصاب بالجرب يستعمل ذلك في حمام فاتر
 بواسطة قطعة من الصوف لاجل الانا بشرة وتفتح المسالك الاكروبية
 ثم يدلك بالسكاكو يا باها بون انطسي او بالصابون الاعتيادي ثم يمسك في
 الحمام قدر نصف ساعة ثم يستعمل المحلول الكلي الكبير يقي لاهل فلم ينكس
 الذي نوعه المعلم الكيماوي اشتيد الماركة من (كلس حديد ١٠ وده عذوة
 مقدار كافي لتمام انقضاء الجبر) ثم يمسك في ويضاف له من كبريت
 العامود وملان ويطبخ في عشر برطالان اساحتى يصير مقدار السابل اثني
 عشر برطالان يرشح وهذا المحلول يدلك به كالهيا بون لكن مع غايه الاتراس
 وقلة الزمن في جميع اجزا الجسم المصابة ثم يستعمل حمام فاتر الى تمام
 الاعتدال ثم ينظف الجسم من جزئيات الكبريت المتعلقة به بواسطة
 الصلابة الباردة مع هذه الطرق العلاجية المبررة في جوار استعمالها
 عند الاثنا عشر ذوات ابلد الرقيق والادغال وبدا من هذه الطرق
 العلاجية المذكورة يستعمل الا في معالجة الجرب طرق علاجية اخر
 غير كريمة لاصحاب طريقة المعالجة بمرهم البلسم البروفياتي والامتيكس
 السائل اي المبيضة السائلة فاما البلسم البروفياتي الذي اوصى به في العصر
 الجديد المعلم جيفرت في معالجة الجرب فيظهر انه سم قوي قنار الفقس
 الاكرومي فيقتله به ما لم يترك هو ويضعه في ظرف عشرين او اربعين
 دقيقة حتى لا يسه هذا الجوهر بدون واسطة وهذا المسألة تبتدأ بال
 حمام و تر لاجل الالة الشرة ثم يدلك بجميع الجسم بعد ذلك ما عدا الراس بهذا
 البلسم مع غاية الاحتراص ويعتنى خصوصا بذلك الاجزاء التي تكون المجلس

الاعتقادى للعفس الا كرومى كالايدى والاقدام والمفاصل المعصية
واقطان والصفن والثديين والاليتين والمقدار الذى يستعمل فى هذه
المعالجة يكون من عشرين الى ثلاثين جرما وبذلك بهذا المقدار فى ظرف
يومين على اربع مرات وست بدون تغيير الملابس ثم يستعمل حمى عوى
فاتر لاجل التنظيف وان هذا الجوهر يستعمل على طريقة المعالجة المبردة
معنى انه يدلك به بالطريقة السابق ذكرها بقدر ١ جرامات الى ١ ثم
يستعمل حمام صابونى ولاجل زيادة التأكيذ ينقى تكرار هذه الطريقة بعد
يوم او اثنين واثانة المعالجة بالبلسم البروقى العظمى هي كونه لا يحم
الجلد ولا يلهمه ولا يشد عنه احساس بحرقة وان كونه غير كره الرائحة كغيره من
الوسائط العلاجية المستعملة فى الحرب بل انه جيد الرائحة والاسهبر كس
اى الميعة السائلة فقد ادمى بها اسطو وذكر أنها واسطة جيدة فى معالجة
الجرب وينبى مرضها زيت الزيتون (بقدر ٣ جرام من الميعة السائلة على
٨ جرام من زيت الزيتون) وبذلك بهذا المقدار على مرتين كما يدلك بالبلسم
ازروفيانى وذلك بعد استعمال حمام فاتر والميعة السائلة بالنسبة لتأثيرها
ليس لها وجه تفضيل عن البلسم ابروميانى واعمال الخس ثم اوكونها
لا تقوت الملابس تفضل ولا بد منه فى معالجة الفقراء والممارساتات واما
تنظيف الملابس بالتبخير فى درجة حرارة من ٧٠ الى ٨٠ فلا يمتزها
اغلب المؤلفين ضرورة كقول هسبرا وكون انفس الا كرومى قلبى
الوجود فى الملابس دون ادوات الفراش انما يتج من كون حرارة الفراش
تجذب العفس الا كرومى الى السطح الظاهر من الجسم

فى تغيرات الافرازات الجلدية

يحصل على سطح الجلد زيادة عن التبخر الجلدى تغير المحسوس من خلال
البشرة امرازاح سائل وقى من الغدد العرقية وهو المروف بالا فراز العرق
وينضم لذلك العسقة الدهنية الجلدية المنتفزة من الاجربة الدهنية وجميع
هذه الامرازات قديمة تر بها تغيرات كاوليها ومع ذلك فهذه التغيرات ولا سيما
الشروط التى تتم بها ليست معروفة كل المعرفة وقد ذكرنا فى عدد محال من هذا
ان سكتاب جملة تغيرات مهمة فى افراز العرق مرتبطة ببعض امراض

مخصوصه فلا حاجة لان تذكر ان ناهور العرق في الامراض الحمية وان يقل على
 التجمد نحو الجودة والقيء من في هذه الامراض احيانا لكنه في احوال اخرى قد
 لا يكون له ادى اهمية بل مضرة عند ازدياده اذ ياداه عظيما كما اننا ننبه على ان
 كلام الصفة الجافة للجلد او الرطبة لا يدل دلالا كبدية على كمية الماء في
 تنفرز بواسطة الجلد في زمن معين بل انه عند المرضى المصابين بامراض حمية
 ذوات الجلد الحار جدا يكون جلدهم قهلا جافا ولومع اذ ياداه الافراز المساق
 متى كانت شروط التبخير الجلدي السريع قوية ثم انه ز ياداه من الشروط
 المعلومة المحذرة لازدياد في افراز العرق وهي احتواء الدم على كمية عظيمة
 من الماء بالشرب الغزير وازدياد الضغط الدموي الهائلي في المجموع
 الشرياني وفي الاوعية الشعرية للنفوذ العرقية تبعاً لذلك فوجدنا بسبب اخر
 قابلية الوضوح لها بعض تأشير من هذه الحيشة اذ من المعلوم ان للاعصاب
 الحسية من الدماغ نوع تأثير منعكس على الافراز العرقى والذي يؤيد ذلك
 ان عرق الذي يحصل بواسطة الانفعال النفسية كما تسمع بالجلد واهرارها
 وكذا الذي يحصل من مس اللسان بفركه بواسطة جواهر مهيجة كما ثبت
 ذلك بالتجارب وبالجملة توجد مشاهدات من العراق لجانبى لادى جهنى
 الوجه والجسم تعتبر نتيجة عن تغيرات مرضية في العظام السنية تسمى العنقى
 لجهة المصابة بالعرق

ثم ان العرق في بعض اجزاء الجسم تنتشر منه رائحة غير جيدة كثير اوقات لا
 في الحالة الطبيعية اسكنها قليلة الوضوح بحيث لا تدرك الا عند تعرية تلك
 الاجزاء وذلك كالبطير والاعضاء التناسلية الظاهرة والبلعان والاسطح
 المتلامسة من القدمين وهذه الرائحة هي والصفة الحسية للعرق تدبج عن
 جنس شخصي سائب ينسب لتعالي شخصي في الاخلية التعددية العرقية التي
 تختلف بالوسائل العرقى المنفرز من الدم فيوجد عند بعض الاشخاص في احد
 اجزاء الجسم لاسيما القدمين زيادة عن كثرة افراز العرق حالة تعطل مريع
 ويشارك في هذا التحال ايضا الافراز الجرابى الدهنى وبذلك تنتشر رائحة
 كريهة للغاية تشابه الحوامض الشحمية فيشاهد ان الافراز الحامضى
 الغزير المتعفن لا ينفذ من جراب الاقدام فقط بل ومن تعالها ايضا فيمتصع

منه الرائحة كريهة للغاية عند مثل هؤلاء الاثني عشر سيمما القليل النظافة
منهم مع ان العرق المنغرز من جديد من ارجلهم المنسولة غسلا جيدا لا يكون
ذو رائحة كريهة وينضم لهذه الرائحة عند مثل هؤلاء الاثني عشر التي تعوقهم
من كثرة الاحتلاط مع غيرهم ان العرق الغزير يحدث تعطنا واما
في الطبقة البشرية لا تنجم القدمين وجائنيهما بحيث ان هذه الطبقة تفصل
على هيئة مادة دهنية وتصبير الادمية ذات لون احمر كثيرة الحساسية
بحيث يتعذر لبس النعال والمشى بها والرأى القديم المنتشر من ان الشفاء
الذاني او بالصناعة لعرق الاقدام المنتن خطر جدا السكون يعقب بامراض
باطنية مهمة لم يزل معتقدا عند كثير من المؤلفين لكن الماعلم هو ان يزل
عنه ما على الرأى القائل به من منظر من طويل من ان شفاء بعض الامراض
عقب ظهور العرق القدي وبالعكس اي فاسور امراض اخر يعقب
انقطاعه يعتبر من الامور التي ان شوهدت حقيقة تكون من المصادقات
اروهو الغالب يعتبر خطأ ناشيا عن عدم مشاهدة سير الامراض بالقدرة
والذي ثبت لنا من هذه الحيشية ان المرضى الذين ينسبون بعض الامراض
الخرمنة عندهم لانقطاع العرق القدي يدل البعث الجيد عنهم عادة على
ان زوال العرق القدي ليس سببا في هذا المرض بل نتيجة له بمعنى ان
ذلك الانقطاع يكون قد تنجم عن الانيميا الناشئة عن هذا المرض وبالنسبة
لمعالجة العرق القدي المنتن يمكن ولا بد في الاحوال التي فيها لا يسمح بزوال
هذا العارض خيفة من حصول عواقب مفعمة والتي توجد فيها امراض
مزمنة تظن المرضى بتناقضها ان شفيت من العرق القدي المنتن تحسبون
حالتهم بدون شغلهم وذلك باستعمال النظافة التامة بغسل الاقدام صباحا
ومساء بالماء البارد القراح او المعزج بالخل او بحسول التنين ونحو ذلك مع
تغير الجرابات كل يوم على التعاقب ولبس الدعال التي لا تمنع التصاعدات
الجلدية القديمة وفي آن واحد يمكن ذرمصوق الكبريت النبتاني او النشائي
الجرابات قبل لبسها او وضع فتائل من النسالة بين اصابع القدمين متبيلة
بهذه الماحق ومن جملة الوسائط المستعملة ايضا بكثرة مصدوق ملح الطرطير
فان لم يكن في المرض باستعمال تلك الوسائط وجب استعمال طريقة هيرا

وهي ان يدهن بالمرهم المشهي (الماخوذ من صبغة المشمع البسيطة ومن زيت بزر الكتان اجزاء متساوية وتعمل مرهما) قطعة من البفت عريضة وتوضع على اخمص القدمين بعد نظافتهما جدا ثم توضع اشرطة من البفت ايضا مدهونة بهذا المرهم بين الاصابع ثم تغلف القدمان كاية بطرفي الرفادة والقدم المغاف بهذه الكيفية يلبس بالجراب كالعادة وتبعا لخبرا يحدد التغيير في كل ١٢ ساعة ويجفف القدم بحرق جافة بدون غسل ولا استعمال ثم يغير على المريض كاول مرة وعلى حسب اختلاف شدة هذا المرض تكرر هذه الطريقة ثمانى مرات او ١٢ وفي اثناء هذا الزمن يكون المريض جالسا خوفا من زوال المرهم من على اخمص القدم عند الوقوف او المشي ولا يغسل القدم الا بعد زوال الطبقة البشرية القديمة على هيئة قشرة مسمرة صفراء وتكون طبقة بشرية جديدة مبيضة وهذه المعالجة تكفي في معظم الاحوال لحصول شفاء مستمر تام او اقله يستمر سنة او بجملة سنين وحينئذ يمكن تكرار هذه الطريقة وقد اكدنا العلم بغير انه استعمال هذه الطريقة مدة عشرين سنة في مائة من الاصخاص بدون مشاهدة اذى ضرر بعد الاستعمال حالوا ولا بجملة سنين وفي الامراض الحمية الشديدة التي ابتداء الافراز العرقى بعد جفاف الجلد المستطيل يجدو ولا بد العرق النابغ بعض المسام متسندا بسبب تراكم اخلية بشرية فيها وحينئذ يتجمع اسفل الطبقة السطحية البشرية مكوونا لحويصلات مائبة شفافة في حجم حب ابي النوم الى حجم حب الشهد انجى ويوجد في قمة تلك الحويصلات الصغيرة الفوهات المنسدة تبعا ليرنسبرنج وهذه الحويصلات العرقية المعبر عنها بالذخر الشفاف يسهل ولا بد تميزه بمحصوله الشفاف ذى الخواص الحمضية وبعدم وجود الاحتقان الجلدى حوله عن اشكال الدخنية الانتمائية المسماة بالدخنية الحمراء وهذه الحويصلات الشفافة تشاهد في الجهة المقدمة من الصدر والبطن والعنق اعنى في الاجزاء الغير المعرضة للاحتكاك عند الاستلقاء على الظهر كما هو الواقع في الامراض الحمية الثقيلة ولحمزة الحويصلات الشفافة اهمية فقط من حيثية وجودها في الامراض الحمية الثقيلة الشدة الطويلة المدة التي تحدث جفافا مستطيلافى

الجلد يؤدي لانسداد مسام العرق واما تغيرات افراز المادة الدهنية فتندكر
 منها ابتداء ازدياد الافراز الدهني الجلد المعروف بالسيلان الدهني
 وهذا الافراز يحصل في جميع اجزاء الجلد ما عدا راحة اليدين واخص
 القدمين التي تفقد منها الاجرة الشعرية والغدد الدهنية ويكثر وجوده في
 اجزاء مخصوصة كفروة الرأس والوجة والحشفة والبظر ومع ازدياد
 هذا الافراز يحصل غالباً تغير في صفاته الطبيعية فان المادة الدهنية
 الجلدية تبقى سائلة في الحالة الاعتيادية عند ما تكون حرارة الجسم
 طبيعية واما في احوال السيلان الدهني فانها تبقى متكاثفة وهذا يوجب
 بازدياد المادة الشمعية الصلبة عن المادة السائلة المعروفة بالاولاين
 وعند ما يبقى هذا الافراز سائلاً يظهر جزء الجلد المغطى به كالأنف والجبهة
 وجلد الرأس والشعر لما كانه مغطى بالزيت والمرهم وعند وضع قطعة
 من الورق غير المنشئ عليه تظهر فيه بقع دهنية ومثل هؤلاء الأشخاص
 يصيرون كثيرى الوساخه فان الجزيئات الترابية تبقى متعلقة باجزاء الجلد
 الدهنية واما في احوال السيلان الدهني التي يبقى فيها الافراز متجمداً فيكون
 جزء الجلد مغطى بطبقة رقيقة أو ضخمة قشرية تظهر في الاجزاء المغطاة
 كالغرفة ذات لون ابيض سنجابي واما في الاجزاء الغير المغطاة فانها تظهر بلون
 مختلف فتكون سنجابية أو مسمرة أو مسودة وذلك لعروق التربة بها وعند
 الاطفال الذين يوجد عندهم افراز دهني غزير في فروة الرأس قد تشاهد
 طبقة قشرية دهنية سنجابية أو مسودة سيما حذاء البواقي خصوصاً عند
 قلمي النظافة منهم وهذا ما يسمى بالقشرة الدهنية للرضع وعند نزاع هذه
 القشرة باطراف قد يشاهد في سطحها الباطن امتدادات مستطيلة حذاء
 الفوهات الممتدة للغدد الدهنية وهي عبارة عن السداد الدهنية الرقيقة
 المائلة لفوهاتها ويكون الجلد اسفل هذه التراكمات غير متغير أو قليل
 الاحمرار وبذلك يمكن تمييز السيلان الدهني عن الاجزيمات التي فيها يشاهد
 الجلد عقب نزاع القشرة ملتهباً أو نشاعاً ومع هذا ننبه على ان الافراز الدهني
 في الجلد الرقيق يمكن ان يحدث اجزيماتاً بعية وفي احوال عديدة اخومن
 السيلان الدهني قد تكون المادة المنقرضة جافة بحيث تسقط على هيئة

قشور صغيرة فضالية (وهذا يعرف بالسيلان الدهني الجاف أو الخشن)
وكثير من الطبقات الجلدية المتصلة بوجود قشور رقيقة بعدد
هذا القليل سيما البيتر يازس الراسي فهو نوع من السيلان الدهني الجاف
تكثر مشاهدته عند النساء والشابات المصابات بالحلوروز والانيما
والمعترين اضطرابات حيضية وفي مثل هذه الحالة تسقط الطبقة الدهنية
الجافة عند التمشيط أو الحرش على هيئة قشور فضالية تبقى متشبثة بالشعر
أو تسقط على الملابس وقد ينهم لتعكرونها سقوط الشعر وهذا الذي
يلجئ المرء لنسب الطيب ومعالجة السيلان الدهني يتبدى فيها
بالآلة القشور الدهنية بواسطة زيت الزيتون أو غيره من المواد الشحمية ثم
تنظيف الرأس بالماء والصابون ولأجل منع تجدد هذا ينبغي تكرار ذلك
بالزيت والغسل بالماء الصابوني أو بالاكسول المضاد اليه قليل من ماء
المسكة أو الاليتسبريوم فيوما وأما في أحوال السيلان الدهني الراسي
المستعصى في البالغين فلا تكفي هذه المعالجة وحينئذ يضم للوسائط
السابقة كرها الغسل بروح الصابون البوتاني بل وعند احمرار جلد
الرأس أو ارتشاحه يستعمل مرهم الراسب الأبيض أو المس بالفرشة
بروح القطران (المركب من زيت الكادوالاكسول أجزاء متساوية)
وان كان السيلان الدهني متعلقا باصابات مرضية أخرى كما مرضى الاعضاء
التناسلية أو الانيميا أو الداء الهرى ونحو ذلك يحتاج ولا بد لمعالجة عومية
لا ثقة ولذا ان اذار الأحوال المتعلقة بمرض منهمك ثقيل كالسل أو السرطان
غير جيد وقد ذكر هير أنه شاهد منفعة عظيمة في استعمال الحديد مع الزنك
كما وصى به نيلسون والشعر الساقط يظهر ثانيا في الأحوال الجيدة لكن
الغالب ان يبقى خفيفا

وهناك نوع آخر من التغيرات المرضية للاجربة الدهنية فيه الاقراض الدهني
وان لم يستمره تغير كالأولا كيغلا ينقذ الى الخارج بقدر ما ينفرز وحينئذ
تتجمع المادة الدهنية في الجراب الدهني اعنى في قناته فتتكون
اورام دهنية احتباسية واثمرها ما يسمى بالكوميدو اى السدد الجرابية
الدهنية وهو عبارة عن تجمع مادة دهنية في الاجربة الجلدية وبوهة

قنواتها وهذه السدود تعرف بتلون الاثرية المجمعة على سطحها بلون مسود
 فتظهر نكت مسودة عليها والقناة الجراية تتمدد عند اعطيمها بالسدة
 الدهنية بحيث ترتفع على هيئة عقدة وعند الضغط على هذا الجراب بمفتاح
 ساعة فوخته مقابلثة لثقة السوداء من السدة الدهنية يخرج من فوخته
 هذا الجراب مخضيل يحين بكسب شكلا خيطيا وهذه المادة تمتد على
 خلايا دهنية ومادة دهنية سائلة وأخلية بشرية وبلورات كواسترينية في
 السدد القديمة ثم ان الذهب بين السدد الدهنية والتهاب الاحمرية الجلدية
 قد سبق شرحها عند الكلام على الاسكنة الاعتيادية وقد تنتشر السدد
 الدهنية في الوجه والصدر والظهر بعدد عظيم جدا بحيث تحدث تشوها
 عظيم او تحتاج للعلاج ومعالجة السدد الدهنية يبدأ فمها بالانة السدد
 المتبسة المائلة لها لإزالة ذلك المتكسر بالزيت أو الضاد الغائر
 ثم تعصر السدد الدهنية بواسطة مفتاح ساعة أو مكبس السدد الدهنية ثم
 تستعمل المهببات الموضعية بالفسلات الباردة المتكررة مع ذلك القوى
 أو الفسل بماء المسكة أو الطلاء بروح الصابون البوتاسي كل مساء أو بماء
 الفسل للعلم كويميل فيلد كاذ كرفي الاكنة

﴿تذييل﴾

لما كان كتابنا على طبق الطبعة الثامنة وجارينا التاسعة فيما استدركته
 عليها من الفوائد وكانت الثامنة خالية عن المبحثين الآتين احببنا
 ان تأتي بهما كي لا يخلو كتابنا عن ما تنميهِ للفائدة لتسكون صلتها على اهل
 هذا الفن عائدة حيث انهما يعتبران من التولدات المرضية الجلدية الجديدة
 * (المبحث الثالث والعشرون في الاسكالير ودرى) *

﴿أى الاورام الجلدية اليابسة او التيبسات الجلدية﴾

الاضطرابات الجلدية والتولدات الجديدة التي تحصل في الجلد عديدة جدا
 وقد شرحنا كثيرا منها في مبحث الاضطرابات الجلدية كما وان كثيرا منها يتعاقب
 بفن الجراحة فلا تطيل به وانما نخص بالذكر في هذا المبحث المرض النادر جدا
 المعروف بالاسكالير ودرى الذي شرحه ابتداء تر باليفاية الدقيقة وكر أن
 اسبابه مجهولة وانه يحصل في جميع اطوار الحياة ولا سيما في السن المتوسط
 وفي النساء أكثر من الرجال وينشأ عن نوع غوطي في المنسوج الخلو للجلد

ثم ظهور فيه فيعقب ذلك تكون التيبسات الواضحة في المنسوج الخشوي
الجلدي وتحت الجلد التي يكثر ظهورها في الاجزاء العليا من الجسم كالوجه
والايدى والذراعين والاصابع فيه سيرجله هذه الاعضاء يابس كالوح
الخشب ويكون اما باهت اللون أو مجرأ أو يجمنتيا وحينئذ لا يمكن رفعه على
هيئة ثنية بل يكون ملتصقا بالمنسوجات التي تحته التصاقا متينا ولذا ان
تفطبيع الوجه تهيئ شبيهة بصورة حجرية وكل من الشفتين وجناحي
الانف يحصل فيه قصر وتكون الاصابع في حالة انثناء مسقر ثم ان هذا التغير
المرضى يمكن ان يمكث سنين ومعنى حصل انكماش وظهر في الجلد صار غير
قابل للشفاء لكن قد شوهد في ادواره الابتدائية نوع شفاء تام أو غير تام في
تحت الجلد وتيبسه ولكن هذه الغاية يظهر انه لم يحصل عليها باستعمال
الحمامات ولا الدلكات المليئة ولا الاستعمال القاهري بل ولا البساطني
بالرهم الزبيقي ويودور البوتاسيوم بل باستعمال معالجة قوية بالمركمات
الحديدية وزيت كبدا الحوت والاعذية الجيدة وطبيعة هذا الداء لم تنضج
الى الان فذهب بهضهم الى ان السبب الاصل لهذا التغير المرضي الجلدي
ناثئ عن ركود المادة الليفية في الجلد بسبب تسكاتها وذهب آخرون
الى انه ناثئ عن تغير مرضي في الاوعية الليفية وحينئذ فهو بقرب من
داء الغبل العربي كما ان غيرهم من المؤلفين الذين يعتبرون انه يوجد
زيادة عن التغيرات المرضية في الجلد تغيرات اخرى في المفاصل والعظام
والسلاميات ونحو ذلك ذهب الى ان السبب الاصل لهذا الداء عبارة عن تغير
مرضي عصبي غذائي في المجموع العقدي العصبي وهذا هو رأي الاطباء
الفرنساويين

ثم ان هذا الداء في البالغين يخالف بالكلية شكل التيبس الجلدي للاطفال
المولودين حديثا المعروف بتيبس التسمج الخشوي للولودين جديدا وهو
يصيب الاطفال الضعاف البنية غير تاي الحياة الرحمة الرديئة التغذية او
المعرضين لتأثير البرد في الاربعة عشر يوما الاول من الحياة وهذا التغير
المرضى يتعصف باضطراب عظيم في دورة الاجزاء الظاهرية من الجسم
وانحطاط عظيم في درجة الحرارة وتيبس في الجلد والمنسوج الخشوي تحته

يبتدئ عادة في الاطراف السفلى المعرضة لتأثير البرد ومنها يمتد بسرعة الى
 الجذع والاطراف العليا بل والوجه واجزاء الجلد المصابة تكون احيانا منتفخة
 انتفاخا اذيميا وياثم تصير متبدسة كاللواح الخشب وباهتة اللون باردة وقد تكون
 سيانوزية وجميع الحركات تكون معاقة بسبب تيبس الجلد وتنعمر الرضاعة
 بسبب جثاوة الشفتين والوجنتين ويعقب ذلك الموت يتقدم انخفاض درجة
 الحرارة (التي نخطا احيانا اكثر من العشر درجات مائدية عن الحالة الطبيعية)
 ومن النادر حصول الشفاء عقب ارتفاع الحرارة وزوال التيبسات الجلدية
 ويتضح من الصفات التشرحية زيادة عن وجود اذيميا خفيفة في الجلد
 والطبقات الغائرة اسفل منه حالة تجمد في الطبقة الشحمية تحت الجلد
 فتصير شمعية وهذا التجمد يعتبر نتيجة لانخفاض درجة الحرارة وفي
 الغالب توجد بقاياته بيرات مرضية اخر تحصل مع التغير المرضي الجلدي
 في آن واحد وتسكون قدامات من قبله وتقع عنها تأثير مضعف في الدورة
 الدموية وذلك كالمهبط الرئوي والالتهابات الرئوية والافات العضوية للقلب
 والتزلات والقروح المعوية وهذه الاسباب المرضية هي التي ينبغي اعتبارها
 ابتداء في المعالجة فانه يجتهد بالخصوص في تحسين حالة التغذية وتقوية
 الدورة الدموية بالتغذية الجيدة بواسطة لبن الامهات او دقيق الاطفال
 اللبني لنسلى اولين الابهار الذي يحقن به عند تعمر الرضاعة وكذا
 بواسطة التدفئة الصناعية بالتغليف بقطع من الصوف مدفأة

* المبحث الرابع والعشرون *

* (في الجزام المعروف بداء الفيل اليوناني) *

الجزام الذي كان يخشى منه بالكلية في الاصر السالفة ولم يزل متسلطا
 تسلطانا وطنيا في بعض البلاد كان منتشر في القرون السابقة في جميع أوروبا
 تقريبا ثم زال في القرن الخامس عشر من متوسط أوروبا بصغته الوطنية ومع
 ذلك قد تشاهد احوال متفرقة من هذا المرض في البلاد التي لم يكن
 متسلطا فيها متسلطانا وطنيا ومعارفنا الباتولوجية بالنسبة لهذا المرض
 وان كانت قد ازدادت ازديادا عظيما بأبحاث كثيرة من المؤلفين ومن جعلتهم
 هرش وهبرا وفرجهوف لم تزل مع ذلك كيفية ظهوره مجهولة علينا وانما

المحقق الآن ان التوارث العائلي ثابت في بعض احوال هذا المرض وانه
غير معد بالكلية ثم ان الجزام وان ظهر باشكال مختلفة نذل ولا بد
اشكاله المختلفة على ان التغير المرضي واحد في جميعها وان اختلفت
الشكاله ومن اشكاله العديدة المختلفة يظهر ان المعول عليه تمييز اشكاله
الى ثلاثة الاول الجزام النسكتي والثاني الجزام الدرني والثالث
الجزام الحثري وهذا المرض يندرا بتدائه قبل السنة السابعة الى العاشرة
وفي الغالب يحصل في سن الشبوبة المتوسطة ويندر ظهوره في السن المتقدم
وعادة تقرأ قبل الظواهر الموضمية ببعض اسابيع او اشهر بل وسنين
اضطرابات بنينية عمومية كالهبوط والقشعيرات واضطراب الشهية وتغير
الاخلاق والام مقصير قوحي كانت حمية مسائية وفي الشكل النكسي يظهر في
الوجه والاطراف وغيرها من أجزاء الجسم نكت صغيرة او عظيمة مختلفة
الطبيعية فتكون اما على صفة نقط حمر بسيطة تزول بضغط الاصبع او
على هيئة نقط بجمنية مسمرة او تكون على شكل بقع مبيضة لماعة فاقدة
المادة المسلوقة للجلد وهذا الشكل قد يستمر على هذه الصفة او يتضاعف
بظواهر الشكاكين الاخرين واما الشكل الدرني ففيه تتكون على اجزاء
الجلد التي فيها يقع جزامية او في السليمة متعاقدة من حجم حب الشدنج الى
حجم البندقية مؤلمة عند الضغط او ارتعاعات سطحية مرشحة وهذه
العقد تكون اما منزلة عن بعضها او متقاربة جدا في بعض اجزاء الجسم
لا سيما في الوجه والجهة الانسية من الحجاب (وهذا ما يسمى بداء
الاسد) والشفتين والاطراف العليا والجهات الباسطة من المفاصل وظهر
اليدين والاصابع والقدمين بحيث ان حركة الاطراف تصير مؤلمة او تعجز
بالكلية وفي الغالب تصاب ايضا الاغشية المخاطية للغم والحاق والحجرة
والانف وكذا الملتحمة والقرونية وقزحية العين المصابة وذلك بعد مضي
عدة من السنين والعقد الجزامية يمكن ان تقطع سيرها وتلاشي بعد
استمرارها زهاء اطويلا ويختلف ذلك بقع مسمرة بجمنية أو اجزاء ضامرة
من الجلد ويندر حصول لين وتقيح في تلك العقد او تكون قروح مغطاة
بقشور ان كانت تلك العقد مرسنة للاحتكاك والضغط وهذه قد تشفى ايضا

ومع ذلك قد يحصل من تلاشي العقد وتكثر زهاتمتكتات غائرة فتتعرى العظام
وتتفقد المفاصل لاسمياً بمفاصل اصابع اليدين والقدمين ومفاصل المصممين
والقدمين

ثم ان الشكل الحادى الجلى وان انضم الى الشكل النكثى والعقدى من
الجزام الا انه يميز له شكل خدرى قائم بنفسه فيه شلل الاحساس يحصل
من الابتداء فى اجزاء من الجلد لم تكن مصابة باحد الشكاين السابقين
ويكون ظهوره فيها يسبق ثوران فى حساسيتها وقد لا احساس يمكن ان
يكون شاغلا لاجزاء صغيرة او عظيمة من الجلد كما أنه قد يزول من الاجزاء
المصابة فى الابتداء ويغير محلها وقد يكون قاصراً على احد انواع الاحساس
كفقد حساسية اللمس مع وجود حساسية اللمس ثم تصير الاجزاء المصابة بفقد
الحساسية ذات لون باهت ومخض مضفر وتقع فى الضمور وكذا عضلات الوجه
واليدين تشترك فى الضمور وقد يحصل فى الجهة الباسطة من مفاصل
السلاميات المنقبضة هى وغيرها من المفاصل رقة وتثقب فى الجلد فينشأ
عن ذلك مسافة من الاجزاء الرخوة ضعيفة فاقدة الحياة تنسج شيئاً فشيئاً ثم
ينتهى الحال بحصول تعرتام بل وانفصال بعض السلاميات يتردى ولا بد لنشوء
تام فى الاعضاء (وهذا ما يسمى بالجزام المشوه) وكل من فقد الاحساس
الجلدى والاضطرابات الغذائية السابق ذكرها أدى لا يقاط المؤلفين الى
حالة المجموع العصبى وفى الحقيقة وجدت بكثرة الجذوع العصبية الدائرية
العظيمة منتفخة انة فها عقد يابل وجدت تغيرات فى المجموع العصبى
المركزى من المعلوم دانلسن وغيره لاسيما ترا كيات يجمينية فيها ونحن ومن
الجازا نه فى المستقبل يستدل بواسطة طرق البحث الجديدة للعصر المستجسد
على تغيرات منها تنصح طبيعة هذا المرض فقد شاهد بعضهم فى حالة من
الجزام الذاتى فى جيسن لينافخا عيا عظيما فى الجوهر السنجابى لاعمد
كلارك والقرن الخلفية من النخاع بحيث انه فى مثل هذه الحالة
يعتبر ولا بد مرض النخاع الشوكى سبباً للجزام وما يؤيد التشابه بين
الجزام وبعض الامراض الجلدية المعتبرة امراضاً عصبية ككثرة وجود
الفقاعات البمفيجوسية (المعروفة بالهفيموس الجزامى) كما وان الذى

يؤيدان ينبوع هذا المرض النضاج الشوقي هو الميسل العظيم للظواهر
 الجزامية في ظهورها ظهورا متامتا مستويا
 وانذار الجزام غير جيد فان هذا الداء يؤدي للوت غالباً ولتعدسين بارتقاء
 النهوك وفقد وظائف بعض الاعضاء وفقد الابصار ونحو ذلك او بواسطة
 طرؤ من اخر واحيانا يكون سيره ضعيفاً للغاية فيستمر عدسيتين بل
 وفي بعض احوال اسبثنائية قد يحصل تفقر في هذا الداء وشفاء بوجود
 وسائط ظاهرة صحية جيدة

في المعالجة

معالجة هذا الداء قليلة الجدوى جداً تبعاً لما شهدنا اغلب المؤلفين
 المستعدين فانه لا توجد واسطة علاجية من التي كانت تعتبر على مر الزمان
 نورية في هذا الداء تايد نجاحها بالتجارب وانما الذي يفضل الجرام على
 حسب التجارب بتبعيد المرضي من الاماكن المتسلطن فيها الجزام وتعريضها
 لشروط صحية جيدة مهما امكن مع استعمال النظافة والاعذية الجيدة
 والهواء الجيد وتستعمل المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت والمركبات
 الزرنيخية وعلى حسب التغيرات الموضعية نخذالوسائط العلاجية العرضية

﴿في أمراض أعضا الحركة﴾

* (المبحث الاول في الالتهاب المفصلي الروماتزمي الجلد) *

﴿المعروف بلروماتزم المفصلي الحاد وبالالتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي﴾

* (وبالانقرس الطيار وبالحدار المفصلي) *

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

ليس عندنا الآن شك في ان الاصابات المفصلية الالتهامية لداء الروماتزم المفصلي الحاد ليست ناتجة عن تغيرات موضعية بل انها تعتبر ظواهر مرضية عرضية لتغير مرضي عمومي والذي يؤيد ذلك ظهور الالتهاب في مفصل متعددة وبجيدة عن بعضها وانطفاء الالتهاب في أحد المفصل وظهوره في مفصل اخر لم يكن مصابا من قبل وكذا اشتراك القلب في الالتهاب بكثرة هو وغيره من الاعضاء الباطنية وكذا ابتزارة العرق الواضحة لكن طبيعة هذا للتغير المرضي العمومي المظنون وجوده لم تنضج الى الآن ويوجد من ذلك نوعان من النظريات مضادان لبعضهما احدهما يقول بان ينبوع هذا المرض انما ينشأ عن تغير في الاخلط ولا سيما الدم بسبب اختلاطه بكمية عظيمة من حمض اللبنيك المتكون تسكونا مرضيا وثانيه ما يقول بان ينبوع هذا المرض تغير مرضي عصبي ينتج عن تجمع مرضي في المراكز العصبية الوعائية الغذائية وهذه النظريات ترتكن الى ميسل الاصابات المفصلية في الظهور بكيفية مسامتة والى وجود أوقات مفصلية متعلقة ولا بد بتغيرات مرضية في النخاع الشوكي

ثم ان الروماتزم المفصلي الحاد يعتبر من الامراض المهمة جدا بسبب كثرته وتتابعه الثقيلة التي يحدثها في القلب بحيث ان هذا المرض يعتبر في أهميته كالسل الربوي والالتهابات الرئوية والتيفوس والالتهابات الشعبية ونحو ذلك ويندر مشاهدة هذا المرض في سن الطفولية وشاهد بكثرة بين السنة الخامسة والخامسة عشر وأكثر مشاهدته من سن الخامسة عشر الى الخمس وثلاثين سنة ويأخذ في التناقص بعد هذا الطوارق بل بالنسبة لاصاباته الا ابتداءية الحديثة وأما بعد سن الخمس والخمسين فمشاهدته من التواتر والظاهر ان كلا من النوعين (اي الذكور والاناث) عرضة للاصابة به على حد

سواء وانه يتعاقب جزء عظيم من أحوال الاصابة بهذا المرض ولا بد باستعداد وراثي لاسيما النسبة للأرضي الحديثي السن (ففي الاطفال الذين سنهم اقل من الخمسة عشر سنة يكون ثلث أحوال الاصابات من هذا القبيل)

وبالنسبة لهذا الاستعداد الوراثي يظهر ولا بد انه يتضح عقب الاصابة بأمراض أخرى ولا سيما قد شوهد الروماتزم الحاد بكثرة عقب اوبئة القرمزية والدوسنتاريا والحميات النفاسية والاجهاض ويكثر كذلك الاستعداد للاصابة بهذا المرض عند الأشخاص الذين اصابوا به من قبل مرة أو جملة مرات فلا يكون مثل هؤلاء الأشخاص مصانعا من الاصابة به مرة ثانية ولو بعد مضي فترة طويلة كن عشر سنين الى عشرين ويعتبر من أهم الاسباب المتعممة لهذا المرض تأثير البرد العمومي وذلك كتبريد سطح الجسم المستطيل عقب البسل والعرق الغزير وتعرية الجسم زمنا طويلا والنوم على الأرض الرطبة ونحو ذلك ومسألة كون تأثير البرد يحدث تارة التهابات ثانوية وتارة التهابات تزامنية شعبية وطورا ذبحات حلقية واحيانا روماتزم مفصليا حادا يجاب عنها بالجواب غير الشافي وهو انه ماحول احد الامراض يشترط ولا بد وجود استعداد جسمي مخصوص وزيادة عن تأثير البرد قد تحدث المجهودات الشاقة في العضلات والمفاصل هذا المرض بل وقد شاهد أخيرا المعلم شاركو أحوال انبثق فيها الروماتزم المفصلي الحاد عن مؤثرات جرحية أو أعمال جراحية وكان الروماتزم المفصلي الحاد ليس موضعيا فقط بل كان ايضا عوميا وحيث كانت الفقرا اكثر عرضة للاصابة بالمتعممة السابق ذكرها كانت مشاهدة هذا المرض فيهم اكثر من مشاهدته في الأغنياء والروماتزم المفصلي الحاد يطرأ في جميع الفصول ومع ذلك فلا يكثر عدد الاصابات به فقط في الاوقات التي يكثر فيها برداء الجو كالبرد والرطوبة والرياح القوية بل كذلك يشاهد ايضا في اوقات آخر يكون الجو فيها معتدلا وحرارة الصيف كذلك بحيث يلغى ولا بد في توجيه كثرة الاصابة بهذا المرض للقول بوجود مؤثر نوعي مجهول في الجو كما يقال في توجيه كثرة ظهور التهابات الرئوية والذبحات الحلقية والوردية ونحو ذلك وفي أحوال عديدة من الروماتزم المفصلي الحاد لا يعرف السبب المحدث لظهوره ولا تردده

في الصفات التشريحية

التغيرات التشريحية للالتهاب المفصل المتنقل الروماتزمي عبارة عن
محصلات تغيرات احتقانية او التهابية وهذه لا توجد فقط في المحافظ
الزلائية بل كذلك في جميع الاجزاء المكونة للفصل والمحيط بها
وهذه التغيرات تختلف وضوحها بحسب شدة الاصابة ومدتها وليس لتلك
التغيرات خصوصيات نوعية كالتغيرات الالتهابية المفصلية الاخرى وانما
تتميز عنها بسرعة ظهورها وزوالها كذلك وبكونها ليس لها ميل
عظيم للتفجج بل الغالب انتهاءها بالتحال ومن النادر ان يختلف تلك التغيرات
محصلات اوبقا يا ينتج عنها اضطراب مستمر في وظيفة المفصل المصاب
والحفظ الزلائية تكون كثيرة الازعية منتفخة لاسيما في محل ثباتها
وقد تكون مرصعة بانسكا باند وبقصيرة وسطها الباطن يكون
مغطى بنفج ليبي رقيق ويوجد في التجويف المفصلي ارتشاح متفاوت
الكمية لا يتميز احيانا عن المادة الزلائية المفصلية الا قليلا لكن الغالب
ان يكون على هيئة سائل مصلى لبي رقيق اصفر باهت او دمى ندى
وعند اشتداد الالتهاب يكون المنسوج الخلو المحيط بالمحفظة المفصلية
والسكاثن بين الالياف العضلية وتحت الجلد مرتشحا ارتشاجا وذيما ويا
كثير الازعية ومرصعة بقط دموية وكذا الاغداد العضلية والوزية
المجاورة وهي الاكياس المحاطية تكون محجرة ملتصبة ومحتوية على سائل
شبيه بالسائل الذى في باطن المفاصل والاطراف العظمية المفصلية هي
والسحاق المحيط بها تكون كذلك كثيرة الدم وقد توجد تغيرات جوهرية
دقيقة في الغضاريف واما التغيرات المفصلية الثقيلة المستمرة كالتفجج
والتفريج وانفصال الغضاريف وانفتاح المخرجات نحو الظاهر فانها تعتبر من
النتائج المرضية النادرة جدا في الالتهاب المفصلي المتعدد الروماتزمي وزيادة
عن ذلك يوجد في الجثة مضاعفات مهمة نحو الاحشا الباطنية لاسيما في
القلب وهذه الاخيرة هي التي تكون سببا في الهلاك غالبا

في الاعراض والسير

هذا المرض يشدى غالباً بكميات مختلفة وكثير اما لا يمكن الحكم بمعرفة

حقيقته من الظواهر المرضية الاولى وهي الاضطراب البنّي العسوي
والانقطاع والالام المفصلية المخيرة غير القاصرة على احد المفاصل او انه
يظهر عند المريض حالة حية بعد قشعررات متكررة او قشعررة واحدة
شديدة ولا يستدل من هذه الحركة على حقيقة المرض وفي احوال اخر
تظهر الالام المفصلية الحقيقية من الابتداء الكنهات تكون فيه غير قوية فلا تمنع
بعض المرضى من السعي في اشغالهم ثم ان الروماتزم المفصلية الحادة يندر جدا
ان يصيب مفصلا واحدا او مفصلين والصاب ان يصيب عدة مفاصل بمعنى
ان التغيير المرضي وان كان في الغالب مهييلا لحد المفاصل بشدة عظيمة
لأنه يصيب عادة جملة مفاصل في اثناء سيره ومن الواصف لهذا المرض
ايضا كون عدة من المفاصل لاتصاب مع بعضها في آن واحد بل مع التعاقب
بحيث ان المفاصل المتشابهة من جهة الجسم تصاب في آن واحد او بعد بعضها
بقليل ولو اختلفت درجة شدة الاصابة فيها وكذا من صفات هذا المرض دون
غيره من الالتئابات المفصلية ان المفاصل المصابة مهما اختلفت شدة اصابتها
تعود لسلامتها ثانية او انما تبقى مصابة بدرجة خفيفة مدة من الزمن لكن
كثيرا ما يصاب المفصل ولو بعد سلامته مرة ثانية او ثالثة ثم ان الالتئاب
المفصلي المتعدد الروماتزمي يمكن ان يكون يمس جميع مفاصل الجسم
ومع ذلك فانه يصيب على الخصوص المفاصل العظيمة ويحسب كثرة
تعداد الاصابة يكون مفصل الركبتين هو الاكثر مصابا ثم مفصل اليدين
والقدمين ويلي ذلك مفصل الكتفين والرفقين والمفصل الحرقفي ثم المفاصل
المخيرة ليدوا الاصابع ويندر اصابة المفصل القهقي والاخرى أو الترقوي
او مفصل اصابع القدمين والمفصل الفكي والمفاصل الفقرية والعانية
وعند البحث عن المفاصل المصابة تشاهد خصوصا في السطحية منها تغيرات
مرضية مختلفة الوضوح فتكون هذه المفاصل كثيرة الحرارة منتفخة
انتفاخا اذ يميلوا ولونها احمر باهتا اودا كتنا وقد يحقق بالجس خصوصا في
مفصل الركبة وغيره من المفاصل العظيمة من وجود انسكاب فيحس
بالتموج فيه لسكن الظاهرة الموضوعية الواضحة في هذا المرض هي الالام
المفصلية بل ان هذه الظاهرة تغاير بالكلية بشدها في الظواهر المرضية

المدرسة القليلة الوضوح وفي الاحوال الخفيفة من هذا المرض لا يحس بالام غالباً الا عند تحريك المفاصل او الضغط عليها وأما في الاحوال الشديدة فيحس بالام متعبة للغاية ولو كانت المفاصل في الراحة التامة وهذه الالام ترتقي لدرجة غير مطاوعة عند تحريك المفاصل ومجلس الالم يكون في الاجزاء المصنوعة للمفصل وليس ذلك ليس هو المجلس الوحيد بل قد يكون بعض الاجزاء المحيطة بالمفاصل وذلك كالاغصان الوترية والعضلات المجاورة هي المؤلمة جسداً أو قد تكون الاعصاب المارة من جدار المفصل هي المصابة فيتمسك الالم على طول المفصل المريض وفي المفاصل العظيمة كثيراً ما يمكن التحقق من ان مجلس الالم ليس في جميع محيطها بل ان بعض الاصفار المحدودة في الجهة الانسية او الوحشية هو مجلس الالم وان كان زوال كل من الالام والانتفاخ من المفاصل المصابة ابتداءً بطياً مع ظهورها في مفاصل آخر كان عدد المفاصل المتألمة عظيماً جسداً وحال المريض مؤلمة ومكثرة للغاية بحيث لا يكون له في مثل هذه الاحوال قدرة على فعل أي حركة من ذاته فلا يمكنه تغيير وضعه بالارادة بل ويخشى ويتألم من فعل بعض حركات متعدية كفضاء الحاجة بل وتعاطي الاطعمة وقد تكون ملامسة الفراش ولوالدين مؤلمة جداً فيزعج ويصعب منها ومن هذا المرض ان هذا الانتشار في الاصابة ليس كثير الحصول

وأما الحركة الحية التي تظهر تارة قبل الالام المفصلية او معها او بعدها هو نادر ما ينما قد تفقد وقتها في الروماتزم المفصلي ومن النادر جداً ان تفقد في اثناء جميع سير هذا المرض وارتقاء درجة الحرارة يكون متوسطاً غالباً (أعني أقل من ٤ ماثينية) وسير الحمى يكون مع ذلك غير منتظم ويطابق من هذه الحيشية السير المختلف للاصابات المفصلية فكما ان هذه الاصابات الاخيرة تتلطف في بعض الايام والالام تتناقص جداً بحيث يظن قرب الشفاء ثم تصاب المفاصل ثانياً بنوب آخر سواء كانت قد أصيبت من قبل أو بقيت سليمة فكذلك الحمى تهاج درجاتها بالكتابة وتنطفي في اثناء تخمين الاصابات المفصلية ثم تعود ثانياً مع تناقل وارتداد الاصابات المفصلية واما ان تزداد النوب بمرحلة بحيث انه في اثناء النوبة الجديدة يكون تأثير التي قبلها مستمرا

وكانت المفاصل المصابة متعددة اكتسبت حرارة الحى ذرجة عالية جدا
 (فتكون من ٤٠ الى ٤٠ وخمسة خطوط بل أزيد) وتبقى مستمرة على هذا
 النمط زمنا طويلا والنض يكون خامسة متوسطة مطابقة لارتفاع درجة
 الحرارة بحيث ان سرعته العظمى (أعنى زيادة عن ١٢٠ ضربة فى الدقيقة
 الواحدة) عند البالغين تعتبر فى الروما تزم المفصل الحاد كما فى غيره من
 الامراض الحمية ظاهرة خطيرة فانها تدل زيادة عن الارتفاع العظيم لدرجة
 الحرارة على خطر بسبب مضاعفة باطنية ولتنبه هنا على ان الانلام المفصلية
 الشديدة يمكن ان ينتج عنها سرعة عظيمة فى النبض وبالتالى على القلب
 يحس فى احوال عديدة ولوالى لم توجد فيها مضاعفة بالتهاب الغشاء الباطن
 للقلب بالغلط نفخيه تعرف بالالغاط الدموية والجلد كما يكون مندا بعرق
 غزير ذى رائحة حمضية مادامت الحى وهذا العرق لا يعتبر فى الطبيعة
 بحرانا وكثيرا ما يوجد الجلد عند المرضى مغلى بدخنية حرا وقد ذكرنا فيما
 تقدم ان هذا الطفح يعتبر من نوع الاجرم وانما ينتج عن تجمع الجلد الشديد فى
 محازاة فوهات الاجربة الشعرية عقب العرق الغزير ويندر مشاهدة
 الدخنية الشفاقة على الجلد (أنظر بحث الدخنية) وزيادة عن هذه
 الطفحات الجلدية المرتبطة بغزارة الافرازات فى تشاهد فى احوال نادرة
 طفحات جلدية آخر تنشأ ولا بد عن التغير المرضى الاصلى الروما تزمى وتكون
 مرتبطة بالاصابات المفصلية وهذه الطفحات الجلدية الروما ترمية تشاهد اما
 بقرب المفاصل المصابة أو فى اجزاء بعيدة عن الجسم وتظهر اما على شكل
 الابرة النضحية أو على شكل الانجربة أو الحرس أو الفروزة

وبالفقد المائى العظيم الذى يمتري الجسم اما بسبب شدة التبخير الناتج عن
 ارتفاع الحى أو بسبب الافرازات العرق الغزير توجه قلة الافرازات البولية بحيث
 لا ينفرز منه فى ٢٤ ساعة الا من ٣٠٠ الى ٤٠٠ سنتيمتر
 مكعب وحيث ان تكون البولينا لا يكون متناقصا بل متزايدا بسبب
 سرعة التبادل الغضرى كان البول المتكثرا وزن نوعى ثقيل جدا وحيث
 ان كمية الماء المحتوى عليها البول لا تكفى احيانا فى حفظ الاملاح البولية
 منفصلة عند انخفاض درجة حرارة البول يشاهد تكون رواسب ملحية عظيمة

فيه عند تركه للتبريد وهذه الاملاح تظهر ذات لون أحمرا كن بسبب رسوب
المادة الملونة أيضا مع الاملاح ومع ذلك فلا يحكم من وجود راسب غشوي
متكون من أملاح بولية بأن كمية حمض البوايك المنفرزة في ٢٤ ساعة
مترابدة وقد توجد كمية قليلة من مواد زلالية في البول وهذا يتعلق ولا بد كافي
غير هذا المرض من الامراض الحمية القوية بتمدد في جدران الاوعية الكلوية
ناتج عن ارتفاع حرارة الجسم وأما وجود كمية عظيمة من مواد زلالية
في البول فانه يوقظ الظن بوجود مضاعفة كلوية كالتغير الكلوي
السدي الناتج عن اصابة القلب أو غيره من اشكال التغيرات الكلوية
المضاعفة وأهم المضاعفات المختلفة في الروماتزم المفصلي الحاد هو اشتراك
القلب في الالتهاب لاسيما التهاب الغشاء الباطني منه وأندر من ذلك التهاب
غلافه الظاهر وأحصوله ما عمن أول الامر ومن الجائز القول بأن هذه
الالتهابات القلبية تنشأ عن السبب الاصيل الغير المعروف الذي نشأت عنه
التغيرات المفصلية ثم ان التقاويم التي فعلت بالنسبة لكثرة حصول الالتهابات
القلبية وعددها في الروماتزم تنافي بعضها بدرجة عظيمة جدا بحيث لا يمكن
الانتفاع بها فاتباع القول المعلم بولوي يكون حصول التهاب الغشاء الباطني
للقلب هو القاعدة العامة مادام الروماتزم شديدا ومنتشرا على عدد
عظيم من المفاصل وأما ان كان خفيفا وقاصرا على قليل منها وغير
حسي فحصول التهاب القلب يعتبر من الاستثناءات ومن القول به عادة ان
الروماتزم المفصلي الحاد في الاطفال يصطحب كثيرا بالتهابات قلبية شديدة
زيادة عن البالغين وبوجه اختلاف الآراء من كثرة حصول الالتهابات
القلبية في الروماتزم المفصلي الحاد بما هو معلوم من ان الالتهابات القلبية
الباطنة الخفيفة التي تحصل بكيفية خفية ليست سهلة التشخيص دائما
بل انه في مثل هذه الاحوال من الجائز ان يهب احد الصادات الذي يتضح
شيئا فشيئا هو الدال على أسبقية حصول الالتهابات القلبية الباطنية
وبالنسبة لسكون الاصابات المفصلية وزوالها بسرعة احبا ما يدون ان تبقى أثرا
قد يصحوز الميل للقول بان الالتهابات القلبية عابدة ان مما له لذلك بحيث ان
القلب المصاب بالالتهاب كثير اتما يخفى عنه بالكافية ولا يجوز لنا في وجود

هذا التشابه بالكلية لسكن من المحقق الثابت انه متى حصل الانتهاب القلبي
الباطني وانفتح بالكلية وصار نشيجه كيداً بالعلامات الطبيعية فلا
يكون هناك أدنى أمل بزواله والاعتماد دون ان يبقى تغيرات ثابتة في القلب
وظهور الانتهاب القلبي لا يتوقع حصوله دائماً في دور واحد من الروما ترم
المفصل في أحوال نادرة تظهر الاعراض القلبية مع الظواهر المعصية في
آن واحد وتسببها بقليل لكن في معظم الاحوال تطرأ الآفة القلبية
المضاعفة في أثناء الاسبوع الثاني ومع ذلك ننبه على ان الانتهاب القلبي
الباقي يمكن وجوده قبل اسبوعه بالعلامات مشحونة أكيدة بزم من قليل
فان العلامات الأكيدة التي يرتكن اليها في تشخيص الانتهاب القلبي
تأخذ من ثبوت وجود آفة معصية ناتجة عن الانتهاب وأنذرهما تقدم
كون الانتهاب القلبي الباطني والظاهري يحصل في ادوار متأخرة عن ذلك
وهن اراد الوقوف على ظواهر الاصابة السببية الالتهابية ونتائجها ليراجع
ما ذكرناه في الجزء الاول من هذا الكتاب وفي بعض الاحوال لا يقتصر
الانتهاب على القلب بل يمتد الى البايورا لاسيما اليسرى او كليهما معا فينتج
هن ذلك نفع على اي في وقد ينضم لذلك نفع التهاب رئوي، بكيفية
استثنائية ومع طروجه هذه المضاعفة لا ينتهي هذا المرض كما
شاهدناه بالموت وقد شاهد كذلك في أثناء سير الروما ترم المفصل الحاد
اصابات غشائية مخاطية واكثرها هولا للنجحات الحلقية والتزلات
السببية

ومن المضاعفات النادرة الثقيلة جد الروما ترم المفصل الحاد الاضطرابات
الداخية وهي تشأ ولا بد من تغيرات مختلفة مع النظر عن الحديان
الحلي الذي قد يشاهد ايضا في الاحوال الثقيلة من هذا الداء يظن ولا بد من
رث عوارض دمغية في أثناء سير هذا المرض اما بظهور التهاب سحائي
بسيط او سد دماغية سيارة نتيجة متحصلات التهاب الغشاء الباطني
اللب، واما ما يسمى بالحلي الشديدة الروما ترمية وفي هذه الحالة الاخيرة
يجب ان نلاحظ ان بعض المؤلفين ارتقاء شديد جائي في درجة المرض خطير
منية فتصل الحرارة من درجه ٤٠ و ٤٢ ونفاس ٤٤ مائتة ووجود

حصول هذا العارض الخطر بان المراكز العصبية المنخوطة بتنظيم الحرارة
يعتريها كافي احوال السكنة العصبية الحمية اضطراب عظيم في وظيفتها
وعندما هذه المضاعفة تزول الآلام المفصالية والعرق وبطرا هذا يان او
تشبهات احيانا او كوما عصبية في الاحوال النقيصة لجسدا وبصير النبض
سريعا للغاية فيطرا الموت بعد بعض ساعات واندر من ذلك بعد يوم
اوثنتين ما لم تجر المعالجة اللائقة و يظهر ان هذا العارض ينتج من شلل
الاعضاء العصبية المركزية سيما الفخاع المستطيل بسبب شدة ارتقاء
درجة الحرارة ومع ذلك فلم يستدل من الصفات التشرىحية في مثل هذه
الاحوال على شئ ولا توجد الا تغيرات غير واضحة

ثم ان هذا المرض ينتهي في الاحوال الحميدة في مدة من ثمانية ايام الى ١٤
ي دون ان يبقى اثر سوء الاستعداد للنسكسات وأكثر من ذلك مشاهدة هو ان
يكسب هذا المرض سيرا بطيا غير منتظم فيمتد من ثلاثة أسابيع الى ستة
بل وفي احوال نادرة جدا قد يمتد من شهرين الى ثلاثة

والشفاء في الاحوال النقيصة يحصل تدريجا وذلك ما ينبغي في المقاميل المفصالية
احساس يحناءة وضيق مدة من الشهور ومع ذلك فالمفصائل في الروماتزم
المفصلي الحاد لا يعتريها اضطرابات وظيفية مستمرة النادر اعكاسا يشاهد
في المزمن منه فله نذار حينئذ من حيثية المفصائل حميد وكذا من حيثية خطر
الحياة المتعلقة بالمضاعفات السابق ذكرها حميد أيضا فان الموت لا يحصل
الا في اثناء سير بعض الاحوال النادرة (أعني من ٣ الى ٤ في المائة)
وحصوله اما ان يكون عقب التهاب الغشاء الباطني التقرحي للقلب أو عقب
الآفات الدماغية السابق ذكرها لكن هذا المرض من حيثية الحكم
على عاقبته غير حميد بالنسبة للتهاب القلبي المضاعف فانه يكون ينبوعا
لآفات عضوية فلبية غير قابلة للشفاء تؤدي ولو بعد حين للموت والمهلالك
وعند المتقدمين في السن أي بعد سن المكهولة يكون الانذار أكثر جودة
وذلك لان القلب يندراصابته عندهم دون الاطفال والشبان وقد شاهد
المعلم جرسجر حصول اضطرابات عقلية من مئة عقب الروماتزم المفصلي
الحاد في بعض الاحوال وهذا الاضطراب يتبع على هيئة هلة جنون

غير حمية مع صفة الحمود أو تكون على صفة الماخوليا الواضحة مع البله
وقد تعاقب أحوال جنونية تمهيية مع الوارض السابق ذكرها فتكون
هذه الاضطرابات معهوية بحركات تشنجية أو خورية ومع ذلك فانذارها
على العموم جيد وبعد استمرار هذا المرض زمنا طويلا سيما ان كانت
الحمة ثقيلة تكون المرضى الناقصة في حالة ضعف وانيميا عظيمين وبحس
عندهم بالغام كاذبة في القلب والوعية لا يمنع من اختلاطها عند البحث
بغير الدقة بالفاظ العبور انما يظهرون الصبامة العضوية

وقد تعرض صعوبة في التشخيص سبب ما في ابتداء هذا المرض وذلك عند
ما تكون الاصابات المفصلية المصاحبة للحمة غير واضحة بالكلية او عند
ما تكون بعض الامراض الناتجة عن تأثير البرد كالروم تزم العضلى أو الذبحة
الحلقية أو الالتهاب الشعبي سابقة على الاصابات المفصلية الموضعية وكذا في
الاحوال التي فيها لا تظهر الاصابات المفصلية صفتها المتقلبة وتبقى قاصرة
على احد المفاصل التي فيها الالتهاب المفصلى يبتدىء بكيفية غير اعتيادية في
مفصل الابهام القدي ويختلط بالزوبة النقرسية وكذا الآفة المفصلية التي
تظهر في مفصل الرسكبة أو القدم مصاحبة لاسيلان الجرى تشبه ولا بد
بالر وما تزم المفصلى وذلك فيما اذا انكر الشخص المصاب بالاسيلان الجرى
اصابته من الطبيب وقد يحصل ايضا خطأ عظيم في التشخيص عند وجود
التهابات مفصلية متعددة ثانوية كالتى تحصل في أثناء سير الامراض
التسممية الثقيلة كالنسمم الحديدى والحمة النفاسية ونحو ذلك (وهى
المعروفة بالالتهابات المفصلية الانتقالية) وهذا الخطأ كثير الوقوع في
الاحوال التي فيها تبقى البورة المرضية الاولى المحدثه للنسمم الاصلى
بجهولة على الطبيب

المعالجة

لونا ملنا الى العدد الذى لانهاية له من الوسائط العلاجية التى اودى بها
واستعملت في الروما تزم المدا على الحساد الى تنويع معالجة هذا المرض
التي يتنوع في كل سنة لاتصح لنا ان جميع هذه الطرق العلاجية ليس
فيه كبير فائدة وأنه في هذا المرض كفى غيرهم من الامراض الحمية

أدى عدم اعتبار سيره الطبيعي لغلط فاحش بالنسبة لتأثير الوسائط
العلاجية المستعملة فكثير من هذه الادوية التي كانت مستعملة بكثرة
مدة طويلة من الزمن كالاستغراغات الدموية الموضعية والعامية وتترات
البوتاسا بقدر عظيم والزئبق الحلو والسليسماني ونحو ذلك لا تستعمل
الآن بل حل محلهما وسائط علاجية اخرى وهذه وان كانت مثلها ما غير
أكيدة التأثير الا انها تفضل عن الاولى اكونها غير مضرة واغاب
الطرق المستعملة الا ان تتم بها دلالات عرضية لكنها بازالتها لعوارض
مهمة مضرة في المرض الاصلى فلها اولاد تأتير ملطف ومقصر لسيره ولذا ان
كثيرا من الاطباء من يستعمل مقادير عظيمة من السكينين (من جرام الى ٢)
لاجل تنقيص درجة الحرارة كالحال في التهاب الرئوى أو التهاب الفوس وعلى
حسب تقارب كل من المعلم فيفرو بلوت لا يشك في انه من الجائز ان صفة الدم
عند المصابين بالحمى تعين على حصول اضطرابات غذائية النهائية وتبعاً لذلك
فالمعالجة المضادة للحمى تكون مضادة لالتهاب أيضاً والسكينين وغيره من
الوسائط العلاجية المضادة للحمى يكون ولا بد ذات منفعة عظيمة وليس فقط من
حيثية الدلالة العرضية بل ومن حيثية اتمام الدلالة المرضية ايضا في الرومازم
المفصل الحاد الذي فيه تلتهب مفاصل عديدة من جديد مدة الحمى وأما من
حيثية تأثير الحمامات الباردة في الاحوال المرتفعة فيها درجة الحمى جدا
فليس عندنا تقارب أكيدة وكذا بالنسبة للطريقة التي استعملها ازمرلك
حديثا في الرومازم المفصل وهي وضع مثانات جليدية (بدلا عن المكدرات
الباردة) على المفاصل الملتبهة وبها يحصل تنقيص سير المرض وأما في
الاحوال ذات الحمى الشديد فجدد المجهودية بطوار عصبية دماغية والتي
تنتهي بالموت كما تقدم فالحال الجدة بالتبريد فيها واجبة ولا بد وهذه الطريقة
العلاجية التي استعملها في مثل هذه الاحوال المعلم يرتد وغيره قد أيد
نجاحها المعلم فيلس فوكس فكان ينزل حرارة الحمامات الى ١٤ درجة
يومياً ويعطى من الباطن مع ذلك منبهات روحية وبعض مقادير من السكينين
وهي رأى هينبر تكون درجة الحرارة التي يمكن حصول النجاة فيها ما بين
٤٢ و ٤٣ مائنة وحيث ان الخطر يرتفع مع ارتفاع الحرارة في كل

عبر درجة فالامل بالنجاح يزداد كلما بودر بالمعالجة عندما تجاوز درجة
الحرارة الاربعين وخمسة خطوما وأما المعالجة القلوية التي هي عبارة عن
استعمال بي كربونات الصودا أو غيره هامس الاملاح الصودية (من ٢٠ جرام
الى ٤٠ كل يوم في ماء محلى الى أن يصير البول قلويا ثم ينقص المقدار شيئا
شيئا) فمؤسسه على النظريات القائلة بوجود حمض في الدم لكنهم اتبوا التجارب
اطباء الانكليز والمعلم سيد نور تصير ظهور المضاعفات القلبية نادرة وتنقص
سير المرض ومن الموصى به كثره هو أن يستعمل بدلا عن تغليف المفاصل
المصابة بالقطران دهنها بالزبد المسكون بهاء ثابت وهذه الطريقة قد
أوصى بها من قبل المعلم جودشك واستعملها ان لم سائتين اسكن بعد التجربة
مدحها في العصر المستجد المعلم هينير وغيره في أحوال عديدة والاجود
في ذلك ان يؤخذ جبيرتان من الورق المقوى من داتان بالماء ويغلى سطحهما
لباطن بطبقة كثيفة من القطر في ذلك يتجنب حصول الام الناقص عن عدم
انتظام الضغط ثم تثبت الجبيرتان حول المفصل برباط ضاغطة خفيفة
وهذا الرباط لا يزيل الالام فقط عقب وضعه حالاً بل يحدث تناقصا في
الالتهاب ايضا وعلى الجمعي المتعلقة به ايضا بحيث ان كثير من الالام
وهو بهذه الطريقة ينسب لها تأثيرا يقصر مدة المرض وان كانت الالام
معدة على الظهور والقده من الحرقفين ونحو ذلك من الاجزاء التي لا يمكن
وضع الربطة عليها واجب مضاريتها بواسطة المركبات الفيونية من الباطن
أواحش بالمرق في بقر الاجر المتألمة وعند وجود أرق مستمر يستعمل
السكرال الايدراقي من الباطن

وكما انه قد أورد في العصر السابق باستعمال جواهر نوعية في الروما ترم
فكذلك أوصى أيضا في العصر المستجد بجواهر نوعية آخر وذلك
كالبروييلايين وخلات الرصاص الذي ذكر المعلم موق انه باستعماله بمقدار
عظيم قد تحصل منه على فائدة عظيمة والعلا حين الذي يحدث تبعه السكودا
تأثيرا ملحوظا في المفاصل وحمض السكر بوليك الذي باستعماله حققنا تحت
الجلد في محلول منه جزء على المائة يحدث تبعه الكثرى تلطيفا عظيما في الالام
وعبرها من الظواهر المرضية ولكن أجود ما يستعمل من جميع الطرق

العلاجية المستبعة في الروم ترم المفعلة الى الخا والا كثر نجا حواها ورا
الضاغط المتقدم ذكره والاستعمال الباطي لمن السد ايك اي
اصفا فيك والمعلم بوس بعد ان نبه على تأثير هذا الجوهر الدوائى في
الروما ترم المفصل الحاد قد برهن بالتجارب العديدة التي فعلت في كاينك
المعلم اشتر كرونوية على حقيقة هذا الامر وكانت سببا في انتشار استعماله
على حسب طريقة المعلم اشتر كر وهي ان يعطى حمض الصفصافيك مع حوقا
بقدر من نصف جرام الى جرام كل ساعة (بان يؤخذ من حمض الصفصافيك
المخفف من نصف جرام الى جرام) ويغلف هذا المقدار ببرشام ويعطى
مرة واحدة مع قليل من الماء ويكرر هذا المقدار كل عدة الى ان تحرك
المفاصل المريضة بدون ألم ولاننا لهذا الغرض قد يحتاج الحال لاستعمال
عدد عظيم من هذا المقدار واقبل منه وفي الاحوال التي شاهدتها اشتر كر لم
يزد فيها الاستعمال عن خمسة عشر جرما ولم يقل عن خمسة في كل حالة ومع ذلك
في الاحوال المستعصية لاما مع من استعمال مقادير يزيد من ذلك عددا
بدون أدنى ضرر وما الاعضاء الهضمية فقد يشاهد فيها احيا با بعد اليوم
الثاني من هذه المعالجة تطافة الانسان وتحمسين الشهية ومن النادر
حصول غثيان وقئ ويشاهد من الظواهر التابعة لهذه المعالجة فامين
في الاذنين ونقل في السمع وعرق غزير يسكن من النار وشاهدة اعراض
مهمة كالتهورات النعسية والهوسة (المعروف بالسكر الصفصافي)
أو انحطاط عظيم في القوى ومع ذلك ففي اول مثل هذه العوارض
يلجئنا للملاحظة المريض مدنا المعالجة وقد ذكر المعلم اشتر كر ان جميع المرضى
الذين عالجههم (وصعد كانوا ١٤) حصل عند أغلبهم بعد ٤٨
ساعة انحطاط كلي في درجة الحرارة الجسمية التي كانت مرتفعة بل زال
عنهم أيضا جميع الظواهر المرضية الموضوعية اعني افتتاح المفاصل
واجرارها ولا سيما الامعاء ندأبت ذلك أيضا بتجاربننا المديدة بمعنى ان هذا
المرض لا سيما في أحوال مدينة منه قد حصل شفاء في أيام فلائيل وناس
انقطع سيره لكن اخبارنا انما ية للمعلم اشتر كر وغيره قد دلت ان على
ان نجيبه ان نسبة نجاحه في علاج مرضه اقل من نسبة نجاح غيره في كثير من

الاحوال وذكر ان الظواهر المرضية لا تزول على الدوام في زمن قليل زوالا تاما
 باستعمال هذا الدواء والى بل انها بعد انحطاطها وتلطيفها كثيرا ما تنور
 من جديد أو يحصل فيها انكسار ولذا ان اشترى كبريوصي بعد انتهاء المعالجة
 الاولى الاساسية باستعمال معالجة تابعة بمقادير صغيرة مدة بمعنى ان كل
 مصاب بالروماتزم المفصلى ياخذ بعد انحطاط الداء هذه مقادير صغيرة من
 هذا الحش بقدر جرام ونصف الى جرامين كل يوم لمدة ثمانية ايام وفي بعض
 الاحوال قد لا يزول هذا المرض زوالا تاما مستمر بواسطة هذه المعالجة
 التابعة ونحينئذ فلا بد من تكرار المعالجة الاولى مرة ثانية بل وثالثة
 ومع ذلك فهناك احوال نادرة تستعصى عن هذه الطريقة فتلجأ الى تركها
 والمضاعفات الالتهابية من جهة القلب وان كانت لا تنجب بالكلية
 باستعمال حش المفصافيك الالتهائى قد ايسبب قسرة مده المرض بهذه
 المعالجة فان الالتهابات القلبية يكثر ظهورها في انتها الاسبوع الثانى او
 الثالث ومثل حش المفصافيك في التأثير وجوده الفعل واقل منه في التبرع
 الموضى صفة صفات الصودا وتعمل بالمقادير عينها امام مغلفة بالبرشام
 او منخله بالماء او صواغ آخر وهذا الملح هو المستعمل الا ان بكثرة الالتهاب
 وكذا الصفاين الذى مدحه سيناتور والمضاعفات الالتهابية تعالج على
 حسب القواعد العمومية والعرق يتلطف باستعمال خفسة الغطاء
 وتنظيم درجة حرارة الاودة وعندما يكون غزرا جدا ومتهبا تستعمل خللات
 الرصاص من الباطن وفي الاحوال المزمنة التى يعقبها انتفاخ المفصل
 ينبغي ولا بد استعمال بودور البوتاسيوم وزيادة عن ذلك تستعمل
 الحمامات الحارة التى سذكرها عند الكلام على الروماتزم المفصلى المزمن
 وانما تنبيه على ان استعمال الحمامات عند وجود مضاعفات قلبية يحتاج
 لاحتراس عظيم وانه تبع العلم بونوق حمامات نوهيم المحتوية على قليل من
 حش السكر بوتيك (من جزي الى ٣ الى ٤ فى المائة) والحمامات
 الملمية التى حارتم من ٢٥ الى ٢٦ ريمور تعلمها المرضى ولولا المعتبرين
 فان ثقلية فى القلب بشهولة بدون أن يحصل تنبيه فى المجموع الوعائى بل انها
 بعكس ذلك تحدث تاليفاتى حر كانت القلب مادامت حرارتها ومدة استعمالها
 ودرجة تركزها موافقة

﴿المبحث الثاني﴾

* (في الروما تزم المفصل على المزم) *

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لا طائل في التعرض للجاذلة بكون الروما تزم المفصل المزم هل يماثل بالنسبة لطبيعته الروما تزم المفصل الحاد ام لا فان طبيعة هذا الداء الاخضر كما ذكرناه في المبحث السابق لم تنزل في حيز النظريات وعلى كل حال فالمرضا الذي نحن بصددده لا يختلف عن الروما تزم المفصل الحاد بسببه البهائي فقط بل كذلك بعدة اوجه فانه وان شوهدت احوال فيها تكون الاصابة المفصلية المعبر عنها بالروما تزم المفصل المزم ناشئة عن الروما تزم المفصل الحاد الا ان هذه الاحوال استثنائية ومن المعلوم ان حصول هذا الداء المزم يقع في احوال الحياة التي يسد فيها حصول الروما تزم المفصل الحاد اعني ما بين الاربعين والستين وانه لا يصيب الموعنين على حدسوا بل الغالب اصابته للنساء وان التثقل المعهود للروما تزم المفصل الحاد وميله للانتقال من مفصل آخر لا يوجب جد في الروما تزم المفصل المزم مطلقا ومن صفات هذا الداء الاخضر ايضا التي انفرد بها دون الحاد هي ندرة المضاعفات باشتراك القلب حتى ان بعضهم انكر ذلك بالكلية وان وجود آفة مضاعفة قلبية اما ان يدل على ان الروما تزم ليس مرضا منابلا حادا (انما هو ذو سير بطيء) او ان الروما تزم مفصل الحاد كان موجودا من قبل وان الروما تزم المفصل المزم هو عكس الحاد ينتج عنه تشوهات عظيمة عمدة في المفاصل المصابة بالنسبة لشكلها وحرارتها ويعتبر من اهم الاسباب واغابها انتاج الروما تزم المفصل المزم من التأثير المستمر للبرد وذلك كالمساكل الباردة الرطبة والصنابير التي تحدث تبريدا مستمرا على سطح الجسم وبعض اجزائه وبهذا يوجه كثرة حصول هذا الداء عند الفقرا كالمتمنات في الخدمة وانسالات وفحش ذلك وقد نسب بعض المؤلفين للتوارث مدخلا في احد ان هذا المرض واثارها تنشا بالامتنى المطلق اعني انس ثوارث هذا الداء بعينه بل كذلك الروما تزم المفصل الحاد بل والمقرسي واما مسألة اشكال بعض الروما تزم المفصل المزم الناشئة عن اضطرابات عصبية فستعرض لها فيما بعد

في الاعراض والسير

الافات المفصلية المعبر عنها بالروما تزم المفصل المزم من مختلف اختلاف
عظيما في ظواهرها بحيث ينبغي شرحها على اختلاف اشكالها ومع ذلك
فيعبر عن كل حد فاصل بين كل منها على حدته فالاشكال الخفيفة من
هذا المرض تنصف ابتداء بدرجة حساسية متزايدة أو تألم في احد المفاصل
أو كثير منها سواء كانت من المفاصل العظيمة كالركبة والكتف
أو الصغيرة كاليد والاصابع والقدم وبالضغطة على المفاصل أو تحريكها
فحصل الام وقد يحصل ارتقاء في الحساسية بل والم حقيقي من ذاته وهذا
يتم من مفصل الى مفصل أو يتشع على الطرف بتمامه وهذا الثوران
قد يصادف حصوله وقوع تغير في الجو أو يسبقه (وهو المسمى بالروما تزم
الطعمي) والمفاصل في الاشكال الخفيفة من هذا المرض تكون غير
متغيرة أو قليلة التغير جداً وأما في زمن الثوران والتألم فيحصل
فيها انتفاخ بسبب الانتفاخ الالتهابي للطبقة الغمدية والاجزاء
المحيطة بالمفاصل وأما الانسكابات السائلة في المحاطة المفصلية وتظهر
التوج في جميع اشكال الروما تزم المفصل المزم من فنادر وهذا ما يسمى
بالالتهاب المفصلي الجاف وإنما قد يحصل في أثناء دور ثوران الالتهاب نضج
مضلي وليس لهذا الالتهاب ميل لتفج وتسوس المفاصل ولا تكون
نواصير فيها مطلقا والحمى تفقد بالكلية غالباً وقد تظهر ظهورا وقتيا
في أثناء ثوران الافة المفصلية أو بسبب احوال طارئة أجز كالاصابات
الغشائية المخاطية التزلية أو الروما تزم المفصل ونحو ذلك وسيتمثل هذه
الاشكال الخفيفة مستطيل من من عادة وفيه ميل للنكسات ومع ذلك
فشدة أو التمام المستمر ليس بنادر ولا سيما في الاحوال التي فيها
يكون للرئيس قدرة على الامتناع الكلي من المؤثرات المضرة للبرد لكن
الغالب ان مثل هذه الاصابات المفصلية الخفيفة تترك في الاهمال مدة من
الاشهر بل والسنتين خصوصاً عند الفقراء ولا سيما كون الهمة العامة
جيدة حتى تصير حالة المفاصل غير جيدة بالكلية وأما اشتراك القلب
والاعضاء الباطنية في الاصابة فنادر جداً في الروما تزم المفصل المزم

قد كثرناه ولكنهم قد تحصل احيانا كما شاهد بعض المؤلفين الفرقساويين ولو
 مع اصابات مفصالية خفيفة جدا وحيث يكون سيرها خفيا للغاية
 اما الاشكال الثقبيلة المتقدمة من هذا المرض ففيها لا تكون المفاصل
 متفتحة فقط بل انها بواسطة انكماشها التدريجي وتصلب المشوجات
 اللبغية المحيطة بها كالاربطة والوتار والصفقات تكون معاقة بالكلية
 في حركتها ومنثنية كثيرا او قليلا او موضوعة وضعا معيبا او متخلعة نصف
 الفجلاص وقد يحصل تشوه واضح في مفاصل الاصابع فتكون مفاصل
 المشط مع السلاميات متفتحة انتفاخا عظيما وجميع الاصابع ماعدا
 الابهام متخلعة نصف الفجلاص الى الوحشية اى الى جهة الزند بحيث انها
 تكون مع عظام الرسغ زاوية منفرجة وعند استمرار هذا الداء جعلته
 من السنين تفقد المفاصل المصابة متفتحة بالكلية كأنها تحدث الاما واحساسا
 بأزير احيانا وينتهي الحال بمحاوأة بعض المفاصل بالكلية وحيث ان
 عضلات الطرف المصاب تنقع في الضمور بالكلية فيظهر ولا بد غلظ
 المفاصل ويتضح ومثل هذه الاحوال الغريبة المتقدمة وان كانت
 لا تهدد الحياة لا تسمح بشفاء التغيرات المرضية المقابل يعتبر فيها من
 النتائج العظمى في المعالجة اما كان زوال التغيرات الانتهاجية الخفية
 للمفاصل وتآملها زوالا مستمرا وكثير من المؤلفين من يعتبر كذلك من
 اشكال الروماتزم المفصلي المزمن ما يسمى بالروماتزم المفصلي المشوه وفي
 الحقيقة هو بعض الافات المفصالية التي تعد ولا بد من اشكال الروماتزم المفصلي
 المزمن فيكتسب على طول الزمن صفات الروماتزم المشوه وهذا الشكل يؤدي
 لتشوهات عظيمة جدا في المفاصل المصابة وذلك انه لا يعترى الاجزاء الرخوة
 المفصالية تغيرات واضحة فقط بل ان هذه التغيرات تتدح انصاحا عظيما في
 الغضاريف والعظام المفصالية وهذه التغيرات عبارة عن نمو مرضي في
 الغضاريف والاطراف العظمية والمفصالية من جهة ومن جهة اخرى عن
 استبدال مرضية ونمو ريفي فيها ابتداء تبعا لما كان نمو ونحو في
 الغضاريف المفصالية وفي اثناء ذلك يحصل في اجزائها القريبة من العظام
 تعظم والانتفاخ العظمي في العظمي الحاصل بهذه الكيفية يشغل

الاسطحة المفصليّة فيكون فيها روزات وانتفاخات تحدث تمحولا في محل
 اندغام المحافظ والاربطة المفصليّة وبذا تعاق حركاتها الطبيعيّة
 ويعقب هذا التغير في الحال التي فيها الاسطحة المفصليّة تؤثر على بعضها
 بالاحتكاك والضغط تغير ضروري وتلاش قمتنحى الغضاريف والاسطحة
 العظمية المتعرية المتسكّافة بتسكّونات جديدة فيظهر انها منبرية ورؤس
 العظام مفرجة والتجاويف المفصليّة كثيرة الغور والاتساع بحيث ان رؤس
 العظم قد يترك حفرته الطبيعيّة ويخذ حفرة جديدة والحفظة الزلاية
 يعتريها ثخن وامتداداتها خصوصاً عند انعطافها على العظام تكون
 امتدادات خيطية قد يتسكون فيها قطع غضروفية عظيمة في التجاويف
 المفصليّة وان هذه التسكّونات المسماة بالجسيمات المفصليّة تكون ساية
 في تجويف المفاصل وهذا الالتهاب المفصلي المشوه كباقي اشكال الاصابات
 المفصليّة الروماتزمية ليس له ميل للتقصص وكذا يندر حصول انكباب مفصليّة
 فيه وانما يحتوى التجويف المفصلي على افرزات قليل

ولقد اشرنا فيما تقدم الى ان آراء المؤلفين مختلفة من حيثية التناسب بين
 الالتهاب المفصلي المشوه والالتهاب المفصلي الروماتزمي المزمن وفي الحقيقة
 لا ينكرانه بوجود زيادة عن أحوال الالتهاب المفصلي المشوه التي نشأت
 بكيفية تدريجية عن الروماتزم المفصلي المزمن أحوال تنشأ ولا بد بكيفية
 أخرى فثلا قد ينشأ التهاب المفاصل المرفقي المشوه عن مؤثرات جرحية كما
 وان هناك أحوال مهمة يلزم معرفتها من التهابات مفصليّة مشوهة يظهر عنها
 تنشأ عن تأثير اضطراب عصبي وقد زعم كل من الطبيب ريمالك ونيبيدكت ان
 الآفة المفصليّة التي نحن بصددتها تعتبر نتيجة لحالة تهيجية في النخاع الشوكي
 العظيم السعباتوي بل وقد بالغ الاول في تسميته لهذه الآفة بالالتهاب
 النخاعي الشوكي وأول من نبه على حصول آفة مفصليّة في أثناء سير السيل
 النخاعي هو المعلم شركو وقال ان هذه الآفة المفصليّة تقرب من الالتهاب
 المفصلي المشوه وان لم تكن مماثلة له بالكلية وكذا الميل العظيم للآفة
 المفصليّة المشوهة في الظهور على صفة مسامتة في مفاصل مماثلة لبعضها
 من جهتي الجسم والامر المعلوم انه يجوز ان الآفة المفصليّة توجد تغيرات

آخر ناشئة عن اضطراب ههنا غذائى لاسيما الضمور العضلى التدريجى
يرجع القول بكيفية الفجور والاصول ومن الجائز ان يمكنه فى المستقبل
تقسيم الافات المفصلية المعبر عنها بالالتهاب المفصلى المشوه الى جملة انواع
بل والان يميز لهذا الداء نوعان الاول الالتهاب المفصلى المشوه الدائرى وهو
الذى يصيب ابتداء المفاصل الصغيرة للاصابع والكف والقدم ويمتد
بالتدريج منها الى المفاصل العظيمة (وهذا الشكل هو المعبر عنه عادة
بالروما تزم المفصلى الزمن) والنوع الثانى هو الالتهاب المفصلى المشوه
المركزى المسمى ايضا بالشيخوخى وهو الذى يصيب ابتداء المفاصل العظيمة
القريبة من الجذع كالفصل الحرقفى الفخذى والكف والعضدى والركبتين
ولاسيما المفاصل الفقرية (وهو الالتهاب المفصلى الفقرى المشوه) وهذا
الشكل لا يظهر بالتسامت دائما وحينئذ يباقى الداء الحرقفى الشيخوخى
ويؤدى لتغيرات عظيمة فى شكل المفاصل واضطراب حركته او كذا الى
انحناءات وتقوسات فى العمود الفقري مع اضطراب انضغاع الشوكى
والالتهاب المفصلى المشوه لا يخاف بالحياة ما لم تطرأ مضاعفات لكن الامس
بالشفاء يكاد لا يوجد فانه متى ابتداء هذا الداء اخذ فى التقدم شيئا فشيئا ولو
مع وقوف وتحسين وقتى وهلم جرا الى منتهى الاجل

(المعالجة)

شكل الروما تزم المفصلى الزمن اقسامه على مفصل واحد يستدعى معالجة
موضعية واما الروما تزم المفصلى الزمن المنتشر فانه يحتاج على الخصوص الى
معالجة عمومية

فالمعالجة الموضعية يوصى فيها فى احوال نادرة اشاء نوران الالتهاب
بالاستفراغات الدموية الموضعية بارسال العلق او المحاجم التشريطية
على المفصل المصاب ومن الوسائط الموضعية استعمال الجواهر المحمصة
للجلد او المحمدثة لالتهاب سطحى وذلك كالبسمة ابوديلدوك والمروج
النوشادرى الطيار وروح الكافور وغيرهما من الروائح ذات الرائحة
القبولة كالخلوط الزيتى البلسمى ونحو ذلك وهذه الجواهر مهما كان
الاعتقاد فيها تعترف ولا بد بأن منفعتها آتية من الفعل ايضا نيكى للبيد لا

من تأثيرها الدواى ولما استعمال الخردل أو الدالك بروح الخردل الذى به
يحمى الجلد احرار او قتيبا فله ولا بد فائدة ملطفة وقد يتفصل باستعماله
المستمر على تحسين ثابت والدلك بالوراثين مع الكوروفورم ينتج عنه
ولا بد احساس مخصوص فى الجلد يكون هو السبب فى فعله المحول ولقد
استعملنا مع النجاح فى الاحوال الخفيفة مخلوطا مكونا من ٣ الى ٥
دسيغرام من الوراثين مع ١٥ جرام من الكوروفورم ومخلوطا زيتيا
سميا ٦٠ جراما اقوى من المحمرات فى التأثير المنفضة التى من جاتها الدلك
يصبغها اليودا باستعمالها تنفصل البشرة ايضا بل وان استعملت غير مخففة
بفتحها عنها تنقيط واقوى المصرفات فى هذا الداء الذى نعتبر انه اقوى من
الجلديا المحمر والمقهر التلشل القوى الساخن على جلد المفضل المريض اذ
باستعماله يشاهد احتقان واضح فى الجلد يستمر جملة ساعات وبه يسرع
الامتصاص وزيادة عن الوسائط الموضعية السابق ذكرها التى ينضم لها
استعمال المشعات الراتنجية والمسكنة والدلك بالمرهم اليودى او محلول
ليحول اليودى واستعمال اللصق الرقيقة الورقية أو فرة بعض الحيوانات أو
القطن المجزأ وغير المجزأ نوعى ولا بد استعماله باطضا غليظة
فى جميع الاحوال التى فيها لا يكون التغير المفصلى عتيقا جدا
بحيث لا يأمس فى حصول امتصاص المواد المتكاثفة فيه كالأوبىضا ونحن
استعمل بكثرة الرباط الضاغط المضغوط من المقوى والقطن كما سبق شرحه فى
الروما تزم المفصلى الحاد واذ نوعى فى الافات المفصلية الروما تزية باستعمال
هذا الرباط الضاغط وقتيا مدة بعض ايام ثم تركه واستعمال الحر كات
المتعدية والدلك على المفصل المريض ومن الطرق العلاجية القوية التأثير
والمنفضة فى الروما تزم المفصلى المزمن يعتبر بعض المؤلفين الآن استعمال
النيسار الكهرى المستمر الصاعد بل ذكر ريمالك انه يحصل منه
على تحسين عظيم وتسكين الالام حتى فى احوال التهاب المفصل المشوه
واما المعالجة العامة التى هى المهمة الوحيدة فى احوال الروما تزم المفصلى
المزمن المتعدد التى تساعد بالكلية المعالجة الموضعية فى المنفرد فاهما
انجحها استعمال الحمامات الفاترة فان عدة من الاثني عشر شفت

ولابد من استعمال المعالجة بالحمامات في نحو ولد باد او جستن أو فيفر
اوراجاتن أو تو يندر أو فريزبان أو نوهم أو رعي أو حوان
أو بورصه شفاء تاما بعد استعمال الروما ترم عندهم على جميع الطرق
العلاجية كما لا ينكره كل طبيب مشتهل بالطب العملي وله تجارب مسموعة
والامر المعسوم من ان جملة من الينا يسع الحارة المختلفة الترسكيب
الكيمائي وكذا التي ماءها لا يحتوى الا على قليل من الجواهر المعدنية
المشهور جميعها في معالجة الروما ترم المزمن يؤيد ولا بدكون المهم في معالجة
الروما ترم المفصلي المزمن هو الاستحمام بالماء الفارز وليس الاستحمام بهذا
أو ذلك من المحلولات المعدنية الطبيعية ولذا ان من حبشية انتخاب الحمام
تلا حظ بعبية المريض وحالته الدنيوية وانما يفضل عند الأشخاص الكثيري
الحساسية وعند جود الام عظمة الحمامات الفارزة البسيطة أو المياه
المعدنية الحارة الخفيفة جدا واما في الاحوال العتيقة المزمنة فتفضل
الحمامات المشتملة على كمية عظيمة من الكبريت أو ملح الطعام أو الخلطات
الرائجة أو نحو ذلك المحدثه لتخرج شديدي الجلدوا كثر الحمامات شهرة في
معالجة الروما ترم المفصلي المزمن الحمامات الحلاسية أو الطبيعية المعدنية في
مرم باد او فرنسباد أو نيلس أو طين مياه الجبله بيشمه ونحو ذلك والحمامات
المنتظمة الكاملة الاخيرة في المرسنات يقبل منها على نجاح عظيم في
الروما ترم المفصلي المزمن مثل ما يحصل عليه في ينابيع اخن وتبلدس
وولد باد الحارة واما في الطب العملي فيعسر ولا بد اجراء معالجته بالحمامات مع
الاحتراس والدقة في بيت المريض ولذا يفضل ارسال المرضى التي تسمح حالتهم
الدنيوية الى احد الينابيع السابق ذكرها وحرارة الحمامات يكفي فيها ان
تكون من ٢٨ الى ٣٠ ريموربل ويفضل ذلك عن درجات الحرارة العالية
واما الحمامات البخارية المسكوبية فهي واسطة علاجية قوية ولا تفضل
الا عند الأشخاص الاقوياء البنية والذين لم يوجد عندهم اضطرابات جسمية
باطنية ويظهر تبعاً للتجارب التي فعلت في ولد باد وغيرها من الحمامات ان
من الجيد استعمالها من الحمام شيئا فشيئا بحيث ان المرضى نحو انتهاء المعالجة
تمسكت في الحمام نحو الساعة أو ازيد ومن المهم جدا حفظهم بعد الحمام من

تأثير البرد مع الدقة فيوصى ان سمحت قواهم بتركهم يعرقون وهم مغفلون
 في حرمة من الصوف ويكرر الحمام الحار قدر ٢٨ أو ٣٠ مرة
 بعد الاخرى ويظهر حقيقة انه لا ينبغي تكرارها زيادة ذلك فيفضل ان
 كان النجاس غير تام ويكون تكرار المعالجة بعد بعض اشهر وفي اما كن المعالجة
 بالماء البارد لا تشفى المرضى المصابة بالروماتزم المفصلى الزمن سيما ان كان
 الداء غير حديث واستمر زمنا طويلا بل قد تزداد حالتهم واسفى الاحوال
 الحديثة من هذا الداء فيظهر ان المعالجة بالماء البارد تكون ذات تأثير جيد
 احيانا واما الجوهر الدوائية المستعملة ضد الروماتزم فأشهرها صبغة ثمر
 اللقاح بأن يؤخذ مثرا بقدر ١٥ جرام مع خلاصة الاكونيت اى خاق
 اللثيب بقدر ٢ جرام وصبغة الاقيون ٢ جرام ويعطى كل يوم من ١٥
 الى ٢٠ نقطة اربع مرات ولذا كانت كثيرة الاستعمال فى الروماتزم المفصلى
 الزمن لسكنائنا أسف من كونه لا تعرف حق المعرفة الاحوال التى
 تستعمل فيها صبغة اللقاح التى لا تنكر منفعتها فى هذا المرض والاحوال التى
 فيها لا يأمل من استعمالها نجاح واما صبغة خشب الانبياء الطيارة
 والمركبات الانيمونية التى كانت فى السابق ذات شهرة عظيمة فى معالجة
 الروماتزم فلا تستعمل الآن الا بندرة وفي بعض احوال الروماتزم
 المفصلى المزم يظهر ان استعمال بودور البوتاسيوم بمقادير عظيمة (من
 جرام الى أربعة كل يوم) جيد للغاية خصوصا عند الانخفاض القاملى
 الضعف والقسين يظهر عند استعماله عادة متى حصل التسمم اليودى ولذا
 ينبغي المداومة على استعماله الى ان ينضم الزكام أو الطفح اليودى على الجلد
 وبالنسبة لنجاح العظيم الذى تحصلنا عليه فى العصر المسبق من استعمال
 حمض الصفصافيك فى الروماتزم المفصلى الحاد قد صار الامل فى الحصول
 على فائدة فى الروماتزم المفصلى الزمن بواسطة هذا الجوهر الدوائى لكن
 الى الآن نجح هذا الحمض فى الداء الذى نحن بصددده مشكوكا فيه
 وعلى كل حال نحن الا كبدان منفعة الواضحة هنا لا تقرب من منفعتها فى
 الروماتزم المنهلى الحاد والتدبير الصحى يختلف بالنسبة للاحوال الحديثة
 وعند اشبهان عن الاحوال العتيقة وعند الشيوخ فى المسألة الاولى ينبغي

حتى حصل التحسين وتقوية الجسم بالغسلات الباردة والحمامات النورية
والبحرية والرياضة في كل طقس وفي الثانية ينبغي التوقي من تأثير البرد ومنع
استعمال الحمامات النورية والبحرية والتدثر بلبس اقصة من الصوف
على الجلد مباشرة مع الاكتمال بحاية الدقة بتغيير اود النوم الرطبة المظلمة
او دجاجة مضبوطة

المبحث الثالث

(في الروماتزم العضلي المعروف بالحدار العضلي) *

كيفية الظهور والاسباب

لا يبعد من الروماتزم العضلي الافات الروماتزمية العضلية فقط بل كذلك
الاصابات الروماتزمية في الاوتار والاعضاء العضلية والاوتار العريضة
والسماق والتغيرات التي تعترى المنسوجات المذكورة في الافات الروماتزمية
ليست معلومة بالدقة وعدم وجود تغيرات تشريحية في الخلية يظهر انه يدل
تقريباً على ان تلك التغيرات التشريحية من جملة التغيرات التي لا تبقى اثرها
في الخلية او يتسبب اضرارها اى انه اعبارة عن احتقان دموي مع ارتشاح
عضلي قليل لسكن في بعض الاحوال يظهر ان التغير الروماتزمي لا يقتصر على
هذه الدرجة بل يؤدي فيما بعد لتسوس ووضاعة النهائية في المنسوج الخشوي
ويكون ذلك هو انتهاء هذا المرض فقد وجد كل من ورجوف وافروريسوف
بعضلات محال حل فيها بدلا عن الالياف العضلية منسوج خلوي يابس ندي
(وهي التيبسات الروماتزمية) فعلى فرض جواز القول بانه يوجد احتقان
وارتشاح عضلي في الافات الروماتزمية فليس من الثابت الا كيدان هذا
التغير هو الوحيد في طبيعة التغير الروماتزمي فانه قد توجد احوال خفيفة فيها
يفقد كل من الاحتقان والارتشاح العضلي ولذا ان كلا من فقد التغيرات
التشريحية في الاجزاء المصابة بالروماتزم وشدة اتألم فيها كايكاد يؤدي للقول
بان الافة الروماتزمية مجسها الاعصاب (وهي النظريات الروماتزمية
العصبية) وعلى حسب ذلك فالسبب الرئيس في الالم الروماتزمي هو التوجع
للمرضى النوى في الاتهمات العصبية المصابة بل وذك كرفوجل انه شاهد في
جملة احوال من الروماتزم المزمن نخسا والتهاقا في الاعضاء العصبية من

الاعصاب المصابة ومن اراد معرفة اسباب الروماتزم العضلي فليراجع ما ذكرناه في اسباب الروماتزم المفصل الحاد والمزمن لاسيما وأنه لا يند ان يضاعف احدهما الآخر والمؤثرات البردية هي الاسباب الغالبة في الروماتزم العضلي كما يتضح ذلك من كثرة حصول هذا المرض في الطقس غير الجيد من السنة وكثير من الانثى من يشقى في فصل الصيف الحار وكل من المؤثرات الجراحية والمرض العضلي قد ينتج عنه المعضلي يشبه الروماتزم ومع ذلك فالقول بان الالم في الحالتين ينبوعه واحد قد يربى العقل

الاعراض والسير

العرض المهم بل الوحيد غالباً في الروماتزم العضلي هو الالم الروماتزمي والجلد المغطى للجسم المصابة يظهر غير محمر وغير منتفخ ولا يحس فيه بارترفاع في درجة الحرارة زيادة عن الاجزا المحيطة به والالم الروماتزمي يختلف باختلاف الاحوال ففي الاحوال الخفيفة من هذا المرض لا يتضح الا عند انقباض العضلات المريضة أو عند تمددها بالقوة وفي الاحوال الشديدة منه يحس بالالم ايضا عند الراحة العضلية وعند الضغط من الظاهر ولكن لا يزداد عند فعل حركات انقباض والروماتزم العضلي كثير اما ينضم لغيره من الاحوال المرضية الخفيفة التي تنشأ عن البرد كالزكام والذبحة الحلقية التليسية والتزلات الشعبية والحرس الشفوي ونحو ذلك وفي مثل هذه الاحوال لا يند اصطحابه بحركة جديدة

وعلى حسب محل اصابة الروماتزم العضلي يميز له جملة اشكال تدعى باسماء مخصوصة فان كان المصاب العضلات الجذمية او القاعدية او الصدغية او الصفاق العريض الراسي والسجماق الجمعي سدى هذا الشكل من الروماتزم العضلي بالالم الراسي الروماتزمي وينبغي الاحتراس من كثير استعمال هذه التسمية والتأكد الكلى قبل تشخيص الم الراس الروماتزمي بأن كانت الاجزا السابقة ذكرها هي في الحقيقة مجاسا للالم ام لا وبان كان انقباض اليافها يزيد في الالم ام لا وبان كانت الاصابة اولية وذاتية ام لا فان الروماتزم الراسي سهل الخلطه جدا بالالم العصبي الراسي اى الصداع وبالتهاب السحايا الزهري ومن الاعتيادات غير المقبولة

المنبثرة انتعبر عن الاحوال العديدة من الالام الرأسية الشديدة المجهولة
السبب بالاصابات الروماتزمية للرأس والاعوام الذين لا يميزون بين الروماتزم
والنقرس يسهون عادة كل الالام رأسية مستعصية بالنقرس الرأسي وان
كانت عضلات العنق والقفا هي المصابة بالروماتزم صارت حركات الرأس
مؤلمة فالمرضى يخشاهما جدا ويخجنها بالسكينة ولذلك تنشأ جثاوة العنق
ومع ذلك فينبغي التوفى من اعتبار كل جثاوة عنقية روماتزمية فافانسانا علم
من التجارب ان كل جثاوة عنقية متعلقة بالتهاب فقرى عنقى يعبر عنها
فى الابتداء بروماتزم واحدة فى عضلات القفا وان كانت عضلات العنق والقفا
مصابة بالروماتزم فهى جهة واحدة من العنق صار الرأس منجذبا الى تلك
الجهة فينشأ عن ذلك الميل الجانبى الروماتزمى للعنق المسمى بالتور تكلس
الروماتزمى وهذه الاصابة الحقيقية التى نزول عادة بعد قليل من الايام لا ينفى
اختلاطها بشكل التور تكلس المهم الناشئ عن تشنج العصب الاضافى
لولس الذى تقدم شرحه واما الروماتزم العضلى الصدرى المعروف بألم الجنب
الروماتزمى فيجلسه على الخصر ومن العضلة الصدرية العظيمة والعضلات بين
الاضلاع فى الحالة الاولى تكون حركات العضد جهة الامام وانقباض
الالياف العضلية المصابة وفى الحالة الثانية تكون حركات التنفس لاسيما
السعال والعطاس وميل الصدر الى احدى الجهات مؤلمة للغاية واغلب
مثل هؤلاء المرضى يزعم بسبب عوق النفس ان الالام كثيرة الغرور
وان المصاب هى الرئة أو البلور او حيث ان تحريك الجلد والوتر العريض
السطحى والياف العضلة الصدرية العظيمة لا يزيد فى الالم من الجائز ان يفتقر
الطبيب ايضا ما يرتقى الالم بواسطة الضغط بطرف الاصبع على العضلات
بين الاضلاع من الامام الى الخلف ولا يرتكز فى التضييق الى فقد
السعال والعلامات الطبيعية ومن الجائز الوقوع فى خطأ بعكس ما ذكر
وهوان يعتبر بالتهاب البلور او بالجفاف فى الابتداء قبل ان تكتسب
الوربقات البلورية الخشونة الكافية فى احداث الماعط الاحتكاكى
روماتزم عضليا وزيادة من ذلك فينبغي عدم اعتبار الروماتزم الصدرى
بالالم العصبي بين الاضلاع ويرتكز فى ذلك الى الاصفار المؤلمة الموجودة

في المرض الأخير وإلى أن الروماتزم يحصل عند الرجال بمسكنة عقب تأثر
 البرد بخلاف الألم العصبي فإنه يحصل غالباً عند النساء والنساء اللاتي يوجد
 عندهن ظواهر مهيجية عصبية أخرى وأما الروماتزم الظهري المعروف
 بالألم السكتي الروماتزمي فهو أحد الأشكال الكثيرة الحاصلة من الروماتزم
 العضلي ويعرف بسهولة بحركات السكتف والعضد وبالآلام الشديدة
 التي تحصل عند تحريك الياف العضلة القطنية والعضلة الظهرية
 والدالية وإن كانت الطبقات الغائرة من عضلات الظهر هي المصابة
 يعرف بالحناءة المريضة والآلام الشديدة التي بحسبها عند الميل إلى
 الأمام وأما الآلام الصدرية البطنية التي تشاهد عند وجود سعال شديد
 مسفوف تكون نتيجة للجهودات العضلية فتعرف من سببها وأما الروماتزم
 العضلي القطني فيعرف بشدة وسرعة ظهوره ومجلسه العضلات القطنية
 والصفاق العريض القطني ويعرف بالآلام مباحو فكثيراً ما يرى أن المرضى
 التي كانت قبل بعض دقائق تتحرك مع الراحة التامة لا يكون لها
 قدرة فجأة على الوقوف من محل جلوسها إلا مع الآلام الشديدة وكذلك يحسبون
 بالآلام الشديدة عند الاستلقاء في الفراش أو القيام منه وعند فعل حركات
 أخرى بها يستترك الجزء السفلي من العمود الفقري فيرى أنها تنقلص
 المصانة وتقل احتياطات مخصوصة لأجل عدم تحريك الأجزاء المتألمة
 ولذا إن مثل هؤلاء المرضى المصابين بالآلام مباحو يكتفون في حالة
 مضطربة موجبة للأسف عليهم ولا يعمل دائماً في هذا الألم الروماتزمي
 القطني عن تخفيفه من آلام هذا القسم وهناك أمثلة عديدة فيها وقع الاشتباه
 بينه وبين الآلام العصبية القطنية والوركية مع تشعب في الآلام الناتجة عن
 إصابات مرضية في الأعضاء التناسلية أو احتقانات باسورية أو عن أمراض
 الرئة أو الفقرات الطنمية بل والتخاع الشوكي وبالجملة يمكن أن تصاب
 جميع عضلات الأطراف أما إذا أوجله منها بالروماتزم بحيث يحصل
 عوف في حركاتها المختلفة

﴿الأمثلة﴾

الأحوال الحديثة من الروماتزم العضلي المصاحبة بحمى وقاواها وتأثير السبرد

الخفيفة تسكاد تشفى دائماً بالمعالجة المعروفة بواسطة حرارة الغمر اش
والمشروبات الفاترة المعروفة وذلك عقب حصول العرق التزيريل وفي
الروماتزم العضلي الغير الحمي المستطيل المسدة يتكون الحرارة المنتظمة
المستطيلة هي اقوى الوسائط العلاجية لكن يندران يعتنى المصاب
بالروماتزم به حتى يتجنب على الدوام تأثير البرد بل الصاب ان يصير على
مكايده مدة الفصول الباردة من السنة وينتظر حرارة الصيف الفخلص من
دائه واما الاستفراغات الدموية فلا فائدة فيها على العموم في الروماتزم
وانما يجوز استعمالها في بعض الاحوال الحديثة المصهوبة بالأم شديدة جداً
واما الوسائط العلاجية الموضعية فافهمها المخدرات المسكنة للالام ولا سيما
الحقن بالموادين تحت الجلد وفي احوال الروماتزم العضلي المستعصى اكثر
ما يستعمل الوسائط المحولة على الجلد كالاوراق الخردلية والمنفطات والحقن
الورقية والدلك بزيت حب الملوك ونحو ذلك وهناك واسطة قوية الانعاش مؤلفة
جداً وهي استعمال التيار الكهربائي المتقطع على الاجزاء المصابة بواسطة
الفرشة الكهر بائية واما استعمال التيار الكهربائي المستمر في الروماتزم
العضلي فيقال فيه ما ذكرناه في معالجة الروماتزم المفصلي المزمن وكذا يعتبر
التكليس والتدليك في العضلات المتألمة من الوسائط الجيدة في معالجة
هذا الداء

المبحث الرابع في النقرس

المعروف بالاثهاب المفصلي البولي وبداء الماولك

يكاد لا يوجد مرض يظهر من ابتدائه في جميع الاحوال بأعراض واحدة
بماثلة لبعضها ويكون حينئذ نوعاً مرضياً قائماً بنفسه الى النقرس والاحوال
العتيقة المزمنة من هذا الداء وان كان لها بعض مشابهة في ظواهرها
المرضية ببعض امراض اخر لا سيما الروماتزم المفصلي المزمن والمشوه
الا انه في مثل هذه الاحوال اعتبر ابتداء هذا المرض بمنعنا عن الوقوع في
الاثهاب وليس عندنا الى الان نظريات شافية بالنسبة لكيفية حصول
النقرس حتى ولو المتبعة عموماً الفاتلة بازدياد حمض البوليك في الدم فانها
ليست مقبولة عند جميع المؤلفين حتى ان برتلس يشك في ان تسكون

حمض البولييك يحسب من متزايد عن الحالة الطبيعية عند المصابين بالنقرس
 ويشتد في مثل هذه الاحوال لا يكون سبب تراكم الاملاح اليولية النقرس
 في المفاصل ناتجا عن ازدياد مرضي لحمض البولييك في الدم وانه حينئذ ينبغي
 ولا بد الفحص عن الشروط التي تقصت قابلية انحلال حمض البولييك في
 المفاصل وغيره من اجزاء الجسم فنذكر من هذه الحشية ان سبب تناقص
 قابلية الانحلال ناشئ عن تكون «وامض» و«املاح» حمضية وان مسبب
 الازدياد الحمضي ناشئ عن تعامس مقدار عظيم من المواد الزلائية
 والشحمية واضطراب في العناية الحمضية وقد زعم بعض المؤلفين الاخرين ان
 ينمو إفراز حمض البولييك من دوج اعني انه ينشأ عن ازدياد حقيقي في حمض
 البولييك في الدم وعن صعوبة انحلاله وما ينبغي اعتباره نظريات المعلم
 ج. ر. د. القسالة بان الازدياد المرضي لحمض البولييك في الدم (الذي تبعاله
 يصل الى ١٧٥ ر. في الالف) ينشأ عن من اضطراب فعل
 الكلتيين بمعنى ان افرازه المتناقص ينتج عن هذا السبب وهذه النظريات
 يعترض عليها بان الاصطناعات السكوية المرضية التي تحصل حقيقة بكثرة مع
 النقرس لا تعتبر تغيرا في الولاية في هذا المرض بل مضاعفة تابعة تحصل في اثناء
 سيره واما الاسباب المهيئة والمنتمية للنقرس فتعدنا منها معلومات أكيدة
 من الثابت بالتقاويم الطبيعية ان الاستعداد الوراثي له دخل عظيم في حصول
 النقرس وهذا يمكن ابدانه في نصف الاحوال تقر به افق وجود هذا
 الاستعداد الوراثي يكفي بعض المورثات المضرة التي تستدكرها في
 انتاج هذا المرض بخلاف الانحاض الذين لم يوجد عندهم هذا الاستعداد
 الوراثي فانهم وان تعرضوا لمثل تلك الاسباب ولو بدرجعة عظيمة جدا
 لا يصابون بالنقرس الا نادرا ويكاد لا يوجد هذا المرض في سن الطفولة وهو
 نادر عند النساء وكثيره عند الرجال ولا يطرأ عندهم الا بعد سن
 الثلاثين تقريرا ويندرج حصول هذا المرض عند الفقراء فان وجود مرض
 بالنقرس في المرستان من النوادر العظيمة ويصاب من الاغنياء من كان
 منهم كافي شهوات الماء كل والمشارب كالتبيل والبوزة ومنع ذلك لا يرتاضون
 الا قايلا فننتج من جميع هذه الاسباب ان المهم في احداث النقرس هو

خلاف الاستعداد الوراثي تعاطى مقدار عظيم من الاغذية زيادة عما يحتاجه
 الفقد العضوى لاسيما المواد الزلالية والشحمية وغيرها من الجواهر
 الغذائية المشتملة على الاسبراجين وتفاعات الكلس ومثل سوء التعادل
 هذا يندرج فى سن الطفولية وعند النساء والشغالة والفقراء واما الافراط من
 المشروبات الروحية بانفرادها فانه لا يكتفى فى احداث النقرس ولو لاذنك
 لسكان النقرس فى النرجات الانثوية الطبقات الانثوية الذين عندهم
 الافراط من المشروبات الروحية كثير الحمول كذا يبقى الرجال الاغنياء
 الذين لا يكون عندهم عادة الافراط من المأكلى والمشارب زيادة عنسما
 يحتاجه الفقد العضوى مهيون من هذا الداء واما الانخفاض الذى يوجد
 عندهم استعداد وراثى للنقرس فلا يمكن تجنب حصول هذا المرض عندهم
 ولو ككانوا مدمنين على معيشة منتظمة فى المأكلى والمشارب ولذا كثير ما يرى
 تقدم حصول هذا المرض عند وجود هذا الاستعداد فى سن الرجولة
 والشبوية

وهناك مؤثرات تقدم كاسباب مهمة فى حصول النوبة للنقرس
 كتأثير البرد والمؤثرات الجراحية ولانفعالات النفسية ونحو ذلك وتبعاً
 التجارب جرد ومشاهداته يشاهد النقرس عند الاشخاص الموجود فى
 صنائعهم من كبات رصاصية كالنقاشين والطبايعين ونحو ذلك
 ومن الامور المعروفة ان النوب النقرسية تسكر فى فصل الربيع وتقل فى
 فصل الصيف وتكثر فى فصل الخريف

الصفات التشريحية

وجد فى جثة الاشخاص المصابين بالنقرس وان كان فعل الصفات التشريحية
 فيهم فى الممارسات نادراً جداً اشتغال المفاصل المصابة بهذا المرض على
 بقايا التماسية كثيرة الشدة أو قليتها وان التضاريف والاغشية الزلالية
 فى النقرس الحقيقى تظهر علامة واضحة لهذا الداء وهى كونها مرصعة
 برواسب طباشيرية من املاح بولية متبلورة وفى الدرجات الخفيفة من هذا
 المرض يكون بعض المفاصل فقط متغيراً لده السكيفية بل كثير ما يكون
 المتغير فقط هو المفصل المشطى السلاحي لاجهات القدم واما فى الاحوال النقيطة

المتقدمة فتوجد عدد من المفصل متغيرة بهذه الصفة فتكون اضلاعها
المفصالية مغطاة بطبقات كثيفة من الاملاح البولية والغضاريف خشنة
واليدافها ظاهرة وكل من الاربطة المفصالية والسمحاق والاكياس المخاطية
والاغداد الوزية الكائنة في محيط المفصل المربضة مرصع بحكمة
عظيمة من تلك التكوينات الملية البولية وفي مثل هذه الاحوال تكون
المفصل متشوهة تشوها عظيما في شكلها ونرى من خلال الجلد المحمر
الداكن المزرق اثر طرقة مباشرة تمتد بل وقد توجد تلك التراكمات في
اجزاء اخر من الجسم كالنسوج الخلوى تحت الجلد والعضلات واصل
الانفاقر والاجفان ولا سيما الغضاريف الاذنية وتكون هذه التراكمات
يصيوان الاذن في الحال المتطاة يجعل درقيق نوع او ثوب مبض محاط بأوعية
دوائية وهذه علامة واضحة كبدية للنقرس الحقيقي واما التغيرات السكلوية
السابق ذكرها فيظهر انهاء حصل بعد وجود النقرس يرتمن طويلا وهي
تبعها للعلم تجرود الذي شرحتها بالذقة وسماها بالسكلية النقرسية عبارة عن
ضمور كلوي يشابه الضمور الكلوي الحبيبي السابق ذكره وانما الفرق
الوحيد بينهما هو انه يوجد على الدوام في الممرتين على انحاء القنوات البولية
المستقيمة اثر طرقة مبيضة متكونة من املاح بولية وفي قمة كل حبة نقطة
مبيضة متكونة من تلك المواد ايضا

في الاعراض والسير

اغلب الاشخاص النقرسين يحسون قبل وضوح نوبة النقرس وضوحات اما
بظواهر اخرى ناتجة عن الافراط من شهوات المأكلا فيحصل عندهم سمن
وتتجمع في البطن عادة وتحمرو وجوههم خصوصا الانف بسبب ظهور أوعية
دوائية فيه وتتضخ البواسير عندهم وهذه الظواهر حيث انها تشاهد
في احوال عديدة اخرى لا تعلم من السوابق المرضية للنقرس
لكن ما عدا هذه الظواهر تسبق النوبة الاولى والثانية بظواهر مرضية
خاصة بالنقرس تتضخ بصفة مرض عام ويسمى الاضطراب العام بالنقرس
الغير التام وبالجسالة النقرسية فيحصل للررضي انحطاط ويضطرب نومهم
وهم يتهم وهضمهم وتحصل لهم نوب ضعف وانحطاط وعرق غزير وينتذف

منهم بول كثيف ~~كثير~~ الرواسب غالباً وكثير من الاشخاص من لا يعتبر
هذذا الاضطراب العام فلا يخبر الطبيب به ويظن انه ناتج من اضطراب
احد الاعضاء ثم تظهر النوبة القهرسية كأنها فجائية ولوسبقت بظواهر
مقدمة فبشيء من المألوف من مناء موقعة واحدة بسبب الآلام الشديدة
الممزقة الكائنة في المفصل السلاحي المشطى لاجسام احد القدمين وتشتد
هذه الآلام بسرعة عظيمة جداً حتى يكاد المريض يظن ان المفصل
تمزق فيصير قلقاً في فراشه ويرى بنفسه من محل الى آخر وكثيراً ما يهتز
الطرف المصاب بل ويجزع الجسم من شدة الآلام وبعد ظهورها بقليل
يبتدئ الجلد المغطى للمفاصل في الاحمرار وينضم لذلك حركة جمة مع صلابة
النبض واهتزاز وجفاف الجلد وعطش شديد وبول مركز وهيجان نفسي
عظيم ثم يحصل انحطاط نحو الصباح وتكون حالة المريض مطابقة لمدة الثمار
ولم يزل الألم بالكلية وازداد انتفاخ الجزء المسمى من الاجسام المصاب
وكان لما عا كثير الاحمرار وظهر انتفاخ اوديمياوى خفيف في القدم وفي
الليسة التالية تسكر رائحة نوبية ثانية بشدة مشابهة لشدة النوبة الاولى او اقل
منها بقليل ثم يحصل في اليوم التالي راحة من جديد وهكذا يحصل تعاقب
ايام راحة بلبال متعوبة مدة اسبوع نقر يباو يندران يستمر ذلك اكثر
من اسبوع الى ان تنتهي النوبة ويتخلص المريض منها ثم ان الجزء السفلى
من اجسام القدم الذي كان مجلساً للنوبة القهرسية يظهر فيه نعلس في
البشرة بعد زوال الاحمرار والانتفاخ زوالاً تدريجياً ويعود الى حالة الصحة
ويكاد لا يتكون تشوهات قهرسية عذب النوبة الاولى ومن النادر ان يصيب
النقرس عند ابتداءه مفاصل اخر بخلاف مفصل اجسام القدم بحيث ان اصابة
مفصل اجسام اليد او البر كبتين او الكتفين يعد من النوادر في ابتداء هذا
المرض

ثم بعد انتهاء النوبة وزوال الآلام والارق تحس المريض بانغاس في محبة عظيمة
ومن ذلك نشاء الاعتقاد بأن نوبة النقرس عبارة عن ظاهرة بحرانية وقيل
ان في اثنا هذه النوبة تنقذ من الجحيم المادة المرضية لكن لا حاجة للقول
بهذا الاعتقاد الغاء لاجل توجيه الحالة الصحية الجيدة التي تتمتع بها

الاثنى عشر من النقرس سيمون عقب زوال نوبة هذا المرض فان نوبة النقرس تجعل
 المريض في شروط معينة مخالفة لما نشاء عنه هذا المرض فان الحى تسرع جدا في
 حركة التحليل الضوى والفقد الحاصل في اثنائها لاستعاضه الاستعاضة
 نوعية وكذلك كل من الارق والالم يزيد في الفترة العضوى ويعوق عدم
 التناسب السكائن بين حركة التحليل والتركييب التى اعتبرناها سببا رئيسا
 للنقرس وباقى مضاعفات هذا المرض كالسمن المفرط والبواسير ونحو ذلك
 تتعادل بواسطة النوبة النقرسية والحى المصاحبة لها وبذلك توجه جودة
 الصفة التى تكون عليها المرضى بعد زوال النوبة ثم ان المكابدات التى
 يكابدها المريض اول مرة نقرسية تزول بدون ان يبق لها اثر في ناسها
 المريض بالكلية ولولا ذلك لكانت اول نوبة نقرسية هى اول النوب واخرها
 لكن اغلب الاثنى عشر من النقرس يجهلون ذلك ويعد استمرارهم مدة
 من الزمن على تدبير غذائى جيد ممتثلين لاوامر الطبيب يعودون للعيشة
 الشريفة شيئا فشيئا ولذا تعقب النوبة الاولى بنوبة ثانية والثانية بثالثة
 والثالثة برابعة وهكذا تتكرر النوب جملة مرات وتكون ذات سير مشابه لما
 قبلها من النوب السابقة كثرة وقلة في الابتداء وقد تستمر الفترة بين النوب
 سنة او سنتين ثم يحصل فيما بعد جملة نوب في ظرف سنة واحدة ومتى صارت
 الفترات صغيرة اختلفت هيئة النوبة وطرزها عما كانت عليه واما
 نفس التغيرات فتكون قليلة الواضح ومن ثم يفتقر النقرس من الحالة
 المنتظمة الى الحالة غير المنتظمة اعنى من الحالة الحادة الى الحالة المزمنة
 أى من النقرس القوي الى النقرس الضعيف

ويعنى بالنقرس المزمن شكل النقرس الغير المنتظم الذى فيه تسبق النوب مدة
 من الزمن باعراض سابقة خصوصا بطواهر فساد الحضم وفيه النوب نفسها
 تكون مصحوبة بالام وحى قليل الى الشدة لكنهما يستمران مدة اصابع
 او شهور وفيه ايضا لا يندر ان تصاب عدة من المفاصل مدة النوب اصابة
 متعاقبة اورد فقرة واحدة من هذا الشكل ايضا تتكون على الخصوص
 التراكمات البولية السكسية في عدة من المفاصل وفيما حولها كما ذكرنا
 سابقا وكل من الانفخاخ والاحمرار الذى يترقب ان عاد في انقرة من الحاد الى

اشد الدرجات في اليوم الاول والثاني يظهر انه في النقرس المزمن يبطل عولا
 يصير الاحمرار كثير الشدة ولا تنفخ يكون اكثر انتشارا اوديه او يابعد انتماء
 التوبة في هذا الشكل لا يزول الا تنفخ بالكلية ولا يحصل منه تقلس في
 البشرة بسرعة كما في النقرس الحاد بل يستمر مدة من الزمن ~~كثيرة~~
 الاول او قليلة والتسوجات المحيطة بالمفاصل بعد ان كانت رخوة بجمينية
 يظهر في سكرانها بعد جسيمات صلبة تقتلط ببعضها وتكون حمران
 تقرسية وهذه التغيرات وان كانت في الابتداء اصغر من الانتفاخ الا انها
 تزداد شيئا فشيئا بواسطة تراكمات اخر عليها في اثنا التوبة الثانية بحيث
 تسكتب حجاما عظيما جدا فيما بعد

ثم ان المفاصل المصابة تصبح مؤلمة شيئا فشيئا ولولم يكن زمن الغزات وتنعم
 حركتها وتصبح مشوهة بسبب التراكمات الحجرية التي تحصل في باطنها
 بسبب نزلات الالتهابية التي تحصل في باطن المحفظة المفصالية والاربطة
 وذلك يحصل بسبب التريج المستمر لهذه التسوجات المفصالية الناتج
 عن التراكمات الحجرية للثكنة فيها فلا يكون للرضي قدرة على المضي
 الا بصغر عظيم ~~منه~~ كثير على عصابيل ويحصل عندهم تغير في حركات
 الايدي ان كانت مجسما لهذا المرض وقد ينشأ عن التراكمات الحجرية بسبب
 التغيرات التي تحدثها في المندوجات حول المفاصل تقيح وهذا التقيح
 الخارج منها كثيرا ما يكون مختلطاً بجمعات جهرية شبيهة بالجلع
 او التراكمات الحجرية الصلبة

ومع استمرار مدة النقرس المزمن حصل اضطراب مستمر في البنية
 ايضا فـ يزول سمن الرضي وتنقص قواهم العضائية ويضطرب الهضم
 ويحصل عندهم قلنس حامين وتكون غازات بطنية واسهال غير منتظمة
 وكثيرا ما ينضم لذلك اضطراب في الدورة كذلك يكاد يحصل في جميع
 الاحوال تغير وكآبة في الخلق وينسب اضطراب التغذية عادة هو وغيره
 من اضطراب الوظائف في تمام سير داء النقرس المزمن لسوء تغذية تقرسية
 لكر من الجائزان الحصى الحفية التي لا تعرف الا بالترمويمير الصاحبة لداء
 النقرس المزمن هي التي ينشأ عنها سوء التغذية ايضا ثم ان داء النقرس المزمن

وان كان يعقب عادة ذلك النقرس الحاد كما ذكرنا فيما تقدم وذلك بعد أن تكون
بنية المريض قد اضطربت بواسطة النوب المتكررة أو المعالجة
الضعيفة اسكن مع ذلك تشاهداً أحوال فيما يظهر داء النقرس الضعفي أو غير
الطبيعي ظهوراً أو آيائاً ويعنى بالنقرس الضعفي أو غير الطبيعي شكل من هذا
المرض لا تظهر فيه نوب واضحة أو الذي فيه لا تكون لبنية المريض قدسرة
على ظهور النوب النقرسية الاعتيادية كما يعنى باللفظ النقرس الضعفي عادة
وقد بلغ في الأزمنة السابقة في تضييق النقرس الضعفي أو الغير الطبيعي
مبالغة زائدة لكن من جهة أخرى تجزم بأنه قد وقع الخطأ في العصر المستجد
من اعتبار جميع الظواهر المرضية الواضحة التي تحصل عند المصابين
بالنقرس مجرد ضاعفات تطرأ على النقرس وليس ينبغي ما بينه ارتباط
لا واسطى فإنه لا يندرج أن يشاهد عند الأشخاص التي كانت مصابة من منذ
زمن طويل بنوب نقرسية منتظمة حالة مرضية يجوز ولا بد اعتبارها بنقرسا
ضعفياً أو غير طبيعي فيوجد عند مثل هؤلاء المرضى حالة مرضية بيّنة تتصف
على الخصوص بحالة توران جسمي عوي وضعف عضلي وظواهر رئوية الخضم
وازد ياد في اقراز العرق غالباً وكثافة في البول وتعمكدة وبنهم لهذا
الاضطراب البنبي العموي الحاصل بأقل مؤثرات كالتباعد عن التدبير
الغذائي العصي والانفعالات النفسانية والتعرض للبرد والتهلجات الجوية
وتارة يدون تأثير تلك الأسباب المرضية آلام في أحد المفاصل تشتد جداً
تذكرنا نوبة النقرس التامة ويظهر مع تلك الآلام احمرار ضيق وانتفاخ
غير واضح في المفصل المصاب وتزول هذه الظواهر بعد قليل من الساعات
وفي أحوال أخرى لا يظهر كل من الاحمرار ولا الانتفاخ فتسكون الآلام
الشديدة العلامة الوحيدة المذكورة لنوبة النقرس ومعرفة هذه الحالة
المرضية الغير السادة واسمات بواسطة النوب النقرسية الطبيعية
السابقة فظهرت نقرسية حادة لا يبي أدنى شك في تشخيص النقرس
الضعفي ويعسر تشخيص مجموع الاعراض السابق ذكره وتوجيهه وتمييزه
عن الروماتزم المزمن المتخسر إذا لم يكن مسبوقاً بنوب نقرسية حقيقية
أو طرأت عليه فيمابعد ويظهر لسان شكل النقرس الضعفي الذي نحن

بصدده قد يحصل احياا محسولا اوليا ونظن انه يمكن تشخيصه في جميع
الاحوال التي فيها يوجد استعداد ورائي بالنقرس والتي فيها يكون المريض
مستمر على الافراط من شهوات المآكل والمشارب والتي فيها ايضا يظهر
اجرار ضعيف وانتفاخ معدويين بأحاساس مؤلم خصوصا في المفاصل
الصغيرة للقدمين واليدين وفيها يوجد زيادة عن نوب الألام حالة سوء قنية
نقرسية واضحة فقد شاهدنا احوال ام هذا القبيل فيها فعل التشخيص
وصار استدناجه بهذه الكيفية وتأيد فيما بعد فان المرضى لم يتضح لها فقط
انها لم تتأثر من البرد وتثاقل حالتها المرضية الصامة من الرجوع للافراط
في المآكل والمشارب الروحية خصوصا التبيد والبوزة بل وان الطارق
العلاجية المضادة للروماتزم لم تستمر عندها بخلاف الطريقة العلاجية
المحدثة لازدياد في حركية التحليل وسرعته فانها تحدث فيها تحسينا
مستمر اسواء في الظواهر المرضية او سوء القنية النقرسية

وليس عندنا ادنى شك في انه يحصل حقيقة عند المصابين بالنقرس تراكمات
من املاح بولية مع ظواهر الاحتمقان والالتهاب في أعضاء اخر دون المفاصل
وبعبارة أخرى انه يوجد نقرس باطنى غير طبيعى وهو المبر عنه عند الاقدمين
بالنقرس الميتاستازى (اى الانتقالى) ولا نرتكز في تأييد هذا القول على
مشاهدات ذالكى التي ثبت منها وجود تراكمات من املاح بولية بعد ربط
المصابين من الدجاج والاوز لم تكن في المفاصل فقط بل في معظم الاعضاء
الحشوية تقريبا لاسيما المعدة والقلب والرئتين بل نرتكز في ذلك على كثير من
المشاهدات الاكلينكية المؤيدة لذلك بدون شك فقد شاهدت قبل زمن قريب
عند كهل مصاب بالنقرس من منسب بن عديدة ذبحة حلقية حصلت مع
التهاب نقرسى واضح في آن واحد وكانت هذه الذبحة متصفة بتلون
مشرق مخصوص في الحلق وسارت سير انحلالها لاشكال الذبحة الحلقية
الاعتيادية وزالت بزوال الالتهاب المفصلى وليس عندى شك ان الواقع في
هذه الحالة هي ذبحة حلقية نقرسية كما انى شاهدت عند مريضين آخرين
مصابين ايضا بالنقرس الواضح اعراضا التهابية دماغية تهيبت ولا شك عن
التهابات نقرسية محدودة في السحايا وفي كائناتنا تسين الحالاتين ام يمكن

ان يكون كثير الحصول جدا لوالترت المرضي بنوع حالة المعيشة واستمرت عليها قبل استعصائه كما ان انتهاء باوت نادر جدا لا يحصل الا من نوبة تقرس باثني عشر اعتيادي واغلب الاماير بهم لم يكون من مضاعفات او امراض اخرى قط اعليهم

في المعالجة

حيث تحقق لنا ان الالباب الرئيس في حصول النقرس هو عدم التوازن بين حركتي التمثيل والتخليخل خلال الاستعداد الوراثي كانت الدلالة السببية في معالجة هذا المرض هي اتباع الوسايط العصبية التي بها يتعادله م التوازن المذكور بين التمثيل والتخليخل وذلك بقتايل كمية المعادومات والمشروبات الداخلة في الجسم وارتقاء حالها

وفي اثناء سير النقرس خصوصا عند انتقاله من الشكل المنتظم الى الشكل الغير المنتظم لا ينبغي تقوية حركة التخليخل الا مع غاية الاحتراز بسبب وقوع المرفى في حالة ضعف الاله في جميع الاحوال الحديثة من النقرس وعدم جميع المرضى الذين يتضح من حالتهم العامة وتغذيتهم عدم التوازن في التغذية لا يمكن عدم وتحسين حالة المرض وشفاؤه الا باتمام ما تستدعيه الدلالة العلاجية السببية فعلى ذلك يكون من الواضح ان المعالجة بالجواهر الدوائية في النقرس اهميتها فائقة بالنسبة لترتيب حالة المعيشة واتباع تدبير صحي غذائي فانه اهم شئ في معالجة هذا المرض ولذا ينبغي ابتداء الايصاء مع التاكيد بتعيين الكمية الغذائية التي يتساها المريض بحيث ان المصاب بالنقرس لمزمه ان يعرف حق المعرفة اى نوع من الغذاء يتساها وى كمية من كل طعام فانه وان جاوزها ما مع ذلك او امر الطبيب بعصر عليه اهمالها بالكلية فيه اذ الم يكن له معرفة بذلك فان كثيرا من المرضى من يفتنى عدم الامتنال لاوامر الطبيب اكثر من كونه يخشى العواقب الممنمة المرضية وينبغى له اسباب النقرس فحب الكل في الولايمر عليه ايضا ان يقتصر على الاغذية النباتية فهو الشوربة والخضراوات والشارب ونحو ذلك ولا يتعاطى اللحوم الامرة وادنى التوركاوانه يتجنب استعمال المشروبات الروحية كالبيذ والبوزة فانها تطلق في حركة التخليخل فان

الاشخاص المستعدين لسمن يزداد عندهم تكون النقص من التمداد مع
الكثرة على شرب النبيذ والبوزة بحيث ان اغلب الاشخاص العائشين
بهذه الكيفية يصبر وجههم محمر امتقدا واوردتهم بمثلثة الى أن يحصل عندهم
اضطراب في الهضم أو نتيجة من النتائج المفهمة للافراط من المشروبات
الروحية وهذا هو السبب في عدم وجود ماء النقرس عند الاشخاص الذين
لا يتعاطون المشروبات الروحانية فيلجأ بمنع تعاطي المشروبات المذكورة
للاشخاص النقرسين أو أقله بترك التعود عليها شيئا فشيئا وكذا يقال
في استعمال القهوة والشاي فان هذين الجوهرين وان لم يشتملا على عناصر
مفسدة بكثرة استعمالهما لا يفسدن الاسباب التي تزيد في حركة التمثيل
الا انه من الشايت ان استعمالهما يؤثر على حركة التحليل كذا تأثير النبيذ
والبوزة بحيث انه باستعمالهما تحفظ القوى او يقل طلب الماء كل أيضا
والشارب من بطله حركة التحليل العضوي ولذا أن هذين السائلين مضران
أيضا لمن يكون مصابا بالنقرس وعكس ذلك استعمال الماء فإنه ان أخذ
بكمية عظيمة يسرع في حركة التحليل العضوي وزيادته فانه باستعمال
كثير من الماء لا يحصل التطلب للماء كل بكثرة كما يحدثه كل من النبيذ والبوزة
والقهوة والشاي وبكثرة استعماله لا يصير للشخص قدرة عظيمة على تحمل
مشاق كثيرة كما وان بكثرة استعماله لا يتسبب الشخص سمن البطن ولا اللون
الاحمر المتوقد للوجه ومن جهة أخرى من المحقق ان كمية البولينا المنفرزة
في ظرف ٢٤ ساعة تكثر عقب استعمال كثير من الماء القراح ونقل
عقب قلة استعماله ولومع شروط صحية متناسقة وان ازداد البولينا يشاهد
عند الاشخاص المكثرين من تعاطي الماء القراح بكمية ليست وقتية
بل بكمية مستمرة ولذا ينصح من ذلك ان استعمال الماء بكثرة يزيد
في حركة التحليل وعلى ذلك فاستعماله جيد عند المصابين بداء النقرس كما
وان استعمال النبيذ والبوزة والشاي والقهوة مضر لهم

وحيث ان افعال العضلي يعين أيضا على سرعة حركة التبادل العضوي ويزيد
في تحليل العناصر الجسمية في الواضح ان المعيشة الجلوسية تضر بصحة
الاشخاص المصابين بداء النقرس وان الرياضة المنتظمة لها دخل عظيم في

معالجة ولولان النظريات التي ذكرناها تطابق بالكلية النتيجة
العملية في معالجة داء النقرس ما اطلنا الكلام عليها بحيث ان القواعد
العلاجية المستعملة في هذا الداء يستنتج جميعها من معرفة كيفية تأثير
الجواهر المختلفة على التغذية بحيث انه يوجد طرق علاجية للنقرس
مستنتجة من ذلك كطريقة كادي والمعلم قوا المستعملة على تعاطي كوبية من الماء
القار في كل نصف ساعة والمعالجة بالمياه المعدنية المستعملة في داء النقرس
ليست الا درجة انتقال من المعالجة بالوسائط الغذائية الى المعالجة
بالجواهر الدوائية وهذه المعالجة مستعملة في داء النقرس أكثر من
غيرها من جميع الامراض والينايسع المعدنية المشهورة بانها مضافة
لنقرس هي مياه كارلسباد ومارين بادو كسجن وهمبرغ
وغيرها من المياه التي يكون تأثيرها يظهر ان التأثير الجيد لهذه الينايسع
المعدنية يتعلق بكونها تؤثر على الامتلاء الدموي الذي ينتج من عدم التوازن
بين حركتي التحليل والتركيب العضويين سواء كان هذا الامتلاء نتيجة
ضخامة في الدم أي ازداد عناصره الخلوية وازداد في كثافة الجوهر
السائل السابحة فيه (وهو مص الدم) أو نتيجة ازدياد كمية الدم بتمامها
ومن المهم معرفته ان التأثير السابق لتلك المحلولات المحلية الطبيعية في
أحوال الامتلاء الدموي والذي يفوق تأثيره على تأثير المياه القراح البسيط
مطابق بالكلية ما شاهدنا من ممدد وفوجل المستنتج منها ان كمية الزلال
المحتوى عليها مص الدم واملأه تكون على الدوام في نسب مضادة لبعضها
ولا يمكننا قطع الحكم بكون أي تلك الينايسع يفضل في معالجة داء النقرس
ولا كون المحلول المحلي المتكون من ماء كسجن وهمبرغ يزيل الامتلاء
الدموي بسرعة وبكيفية تامة أكثر من ماء كارلسباد أو مارين بادو
أو بالعكس وكذا لا تعرض لقطع الحكم في كون تعاطي تلك المحلولات
المحلية لا تؤثر فقط جيداً في الامتلاء الدموي بل أيضاً في اضطرابات
التوازن العنصري التي ينشأ عنها عند بعض الاضطرابات المعترية من الامتلاء
الدموي سواء التقنية النقرسية الناتجة عن تراكم الاملاح البولية في الدم
كما ينبغي علينا جواب أي طريقة علاجية وأي ماء طبيعي ينبغي استعماله

عند وجود نفة مخصوصة في الحالة الراهنة لكل مريض بحيث لا يمكننا
البيان والحالة هذه بأنه في جالتي ينبغي استعمال ماء كيبسجن وفي حالة أخرى
ماء كارلسباد أو ليسباد أو هيمبورغ أو ويشي وإياها يفضل كما وأنه لا يسكر
ان في العصر المستجد شوهدت منفعة عظيمة من استعمال طريقة علاجية
منتظمة بالمخ المعروف بالمخ بوليش المركب من كبريتات الصودا وكر بوناتا
بحيث ان هذه الطريقة كانت تجارى استعمال المحلولات المحيطة الطبيعية
في المنفعة

ومهما كانت جودة الطريقة العلاجية المذكورة وكثرة منفعتها في معالجة
النوب النقرسية الحادة متى استعملت بغاية الدقة والتدقة قد ينتج عنها
أحيانا ضرر عظيم اذا وضع المريض في حمية قاسية ومنع بالسكاية دفعة
واحدة من استعمال المشروبات الروحية التي كان معتادا على تعاطيها عدة
من السنين كما يجهل ذلك اذا استعملت جميع الوسائط المضعفة بقوة عظيمة
وبكيفية مستمرة فانما العالب ان التمسك السكلي بمثل هذه المعالجة والاستمرار
عليها ينتج عنه زوال النوب النقرسية الحادة لكن ان توقعه في حالة النقرس
غير المنتظم الضعفي أى المزمن وأي فائدة للمريض في هذا الامر أى من
استدالة المراض من الحالة الحادة الى الحالة المزمنة بسرعة فانه حين ما يظهر
عند المصابين بداء النقرس اعراض سوء القنية يزداد المراض بتأثير المعالجة
المضعفة فالأوفق في مثل هذه الاحوال استعمال تدبير غذائي مقووان
يؤمر بتعاطي النبيذ بقليل لكن اذا أريد تقويته بهذه المعالجة لا بد من
الاحتراز من الافراط في مثل هذه الاحوال وان لم تسمح الحالة بمثل
التغذية يجب على الطبيب الاهتمام في اجراء الامور والاحتراسات
التي يترتب عليها اعتبار حركة التحليل فلا تؤمر المراض بالراحة وتترك
فيما بل تؤمر بالرياضة على قدر طاقتهم ولا يعطى لهم كمية عظيمة بل تعطى لهم
الينابيع القلوية المحيطة والمواد ياقية والمشملة على الحديد فان ذلك اجود
من تعاطي الينابيع الحديدية الصرفة أو مجرد الاستحضارات
الحديدية وان لم توجد دلالات مخصوصة لاجل استعمال محلولات ملحية
ينبغي ولا بد الا بصاء باستعمال مقدار عظيم من الماء القراح أو المياه

الحضية السوديّة ولاجل التمسك بذلك بالدقة يلزم الطبيب الإبقاء
بتحديد مقدار ما يتعطاها المريض من تلك المياه

ومن حيثية أقام ما تشد عليه معالجة المريض نفسه فلا يمكن وضع قاعدة
عامة لذلك فإن النقرس الذي لم يزل مرضا غير معروف حتى المعرفة ليس
عندنا جوهرا رقيقا لشفاؤه شفاء لا واسطيا فإن العلاج وإن اعتبره بعض
الاطباء نوعيا في هذا المرض يظهر ولا بد أن تأثيره ملطف فقط وقد عدل
الآن كثير من الاطباء عن التمادي في استعمال هذا الجوهر الدوائي
زمنيا بل يقتصر على استعماله أثناء النوبة الجادة فقط وأكثر الجواهر
الدوائية استعمالها لهذا الداء في العصر المسيحي كـ بونات اليتيوم ولا
سيمان من ذلك ما ثبت المعلم ليونيس أن بولات اليتيوم تفوق جميع
التراكيب البولاتية في سهولة الانحلال في الماء ويعطى هذا الجوهر
الدوائي امام مسدودا أو قارصا من ٥ سنجرام الى ٣ ذبيجرام جولة
مرات في النهار ويعطى على صفة محلوله بقدر جرام على ليتر من الماء
ويستعمل من ذلك قدر ليترين كل يوم

واما معالجة النوبة النقرسية فعلا يتمها تنقيص مدتها بقدر الامكان
وتلطيف الالام المصاحبة لها وقد دلت التجارب على أن مضادات التهاب
في التهاب النقرس لا تلطف الالام ولا تقهر النوبة وزيادة عن ذلك
فقد اتضح بالتجارب أن المبادرة باستعمال المعالجة المضادة للالتهاب
لا سيما الاستفرغات الدموية الموضعية والعامة والمسهلات الهضمية
يساعد على انتقال النقرس الحاد المنتظم الى النقرس المزمن وحيث
لا يستعمل الاستفرغ الدموي الموضعي بواسطة العلق الا في الاحوال التي
فيها يكون التهاب المفصل ذا شدة عظيمة جدا وعند الاشخاص
اقوياء البنية وكذا استعمال التبريد على المفصل يحذر منه غالبا واما
المستعمل بكثرة في نوب النقرس الحاد والمزمن فهي المسكنات
ولا سيما العلاج وليس عندنا معلومات كافية بالنسبة لخواص العلاج التي
يؤثر بها في النوب النقرسية وقد نفي المعلم جورد كونه يؤثر بصفاته
المسدة للبول ويقذف الحمض البولي من الجسم ويعطى عادة من صبغة

العلاج أو نبذه من ٢٠ الى ٣٠ نقطة اربع مرات في النهار
 والمقادير العظيمة منه التي ينتج عنها الام في البطن واسهال ليس فيها
 منفعة زيادة عن المقادير الصغيرة السابق ذكرها وزيادة عن تعاطي
 العلاج يومى بشرب ماء عذيق حصى بمقادير عظيمة واما محض
 الصفصافيل وصفصافات الصودا اللذان هما كبير استعمال في الروما ترم
 الحاد فقد صار استعمالهما في العصر المستحدث في النقرس ايضا ذكر بعضهم
 انهما منفعه فيه ومن قبيل النظريات القايلة بجموده استعمال مقدار
 عظيم من الماء في معالجة النقرس معالجة النوب في هذا الداء على حسب
 طريقة كادييه التي يهاومها المريض بشرب كوبه من الماء القراح
 الفاتر كل ربع ساعة (وفي هذه الكوبه قدر ١٨٠ جراما من الماء)
 ويظهر ان بهذه الطريقة قد يحصل على نجاح عظيم لكن مع ذلك فالظاهر ان
 هذه الطريقة لا تنجح عن الخطر ولذا لا ينبغي استعمالها مع الضبط
 المذكور وفي اثناء النوبة يلزم ان يكون الطرف المصاب في وضع مرتفع
 ومغلف بالقطن الناعم مع وضع المريض في حمية قاسية والدلالة العرضية
 المهمة في اثناء النوبة عبارة عن تلطيف الالام التي كثير ا ما تكون غير
 مطابقة ومن اجل ذلك يعطى عادة مركب افيون سيمامدة الليل أو الحقن
 بالموزفين تحت الجلد بيجوار المفصل المصاب وكذا السكورا ل الايدرا في قد
 يحصل منه على فائدة بالنسبة للارق الليلي وان بقي بعد النوب اضطرابات
 خفيفة في الحركة وجب استعمال معالجة بالمياه المعدنية كولد باد وتيلاس
 ووسبادن ونحو ذلك وان هدد الالتهاب المفصل بالتقيح وتكون خراج
 وجب استعمال الضمادات الفائرة وان أدى الخراج للتقرح وجب
 الاستمرار على استعمالها حتى تنفي القر ورح من الاملاح البولية وتجه
 نحو الشفاء وكذا معالجة نوب النقرس الباطني غير الطبيني فليس
 عندنا فيه قواعد عموية يرتكن اليها واما استعمال الاستفرغات
 الدموية فكثيرا ما يؤدي لانحطاط خمار واما استعمال المعالجة المنبهة
 فهي من حشية مضاربة للشلل العومى اتم وانجح وان كانت قبل ذلك قد
 زالت اصابة المفاصل الدابرية قبل اصابة الدماغ أو القلب أو المعدة وجب

ولا بد تغطية تلك المفصل بجواهر مهيبة رائجة بقصد النمو
 في المبحث الخامس في الراشيتهم ﴿
 (اعني اتفاح العظام ونقوسها ويسمى بازواج العظام وبالداء الانجليزى)
 ﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التغيرات الرثية التي تعثرى العظام في هذا الداء عبارة عن غموا وتفاح في
 غضاريف الاطراف العظمية والسمحاق وبذلك يحصل ازدياد في النمو
 الطبيعي للعظام طولا وسمكا ثم عدم اتمام في تعظم تلك الاجزاء العظمية وقوة
 الليقية المعتريها هذا المرض وحينئذ فالراشيتهم لا يكون عبارة عن لين
 مرضي في اجزاء عظمية كانت صلبة من قبل بل عبارة عن بقا لين غير
 طبيعي في منسوجات يحصل فيها التصلب في الحالة الطبيعية بتراكم املاح
 عظمية فيها وقد استبان لنا في العصر المستجد بعض استنتاجات مهمة بالنسبة
 لكيفية حصول هذا المرض لسكنه يتضح لنا بالبحث الدقيق انه لا يمكننا الى
 الان وضع نظريات ثابتة في هذا المرض فان كيفية ظهور موضوعها من جهة
 توجيه النمو المرضي في الجواهر العظمى ومن جهة اخرى عدم حصول
 التعظم التام في تلك الاجزاء النامية وتناقص تماثل الاملاح العظمية في
 الجسم وقلة دخولها فيه من الجائز ان يوجه به الامر الاخير لكنه لا يكون بنيتها
 للتميم والنمو في العناصر المكونة للجوهر العظمى ولذا انه لتوجيه هذا الامر
 الاخير نميل الى الرأي القائل بوجود حالة دسكرازية او دياتيزية ولئذ كرر
 ابتداء النظر يات المعصدة لوجود دياتيز حضي لبني فانه كثير ما يحصل في
 معدة الاطفال الرضع تسكون الحض اللبنى عقب تحلل اللبن والمواد النشوية
 ووصول هذا الحض الى الدم وباقى الاخلاط وعن ذلك ينتج من جهة التهميم
 والنمو الغير الطبيعيين في المنسوجات المكونة للعظم ومن جهة اخرى ينتج
 تراكم الاملاح الكلسية الداخلة مع الاغذية في الاطراف العظمية بسبب
 المحللها بهذا الحض والتهاليل البولية تعضدها التوجيه اذ قد استنبط
 منها ان بول الاطفال المصابة بالراشيتهم لا يندر ان يكون محتويا على كمية
 عظيمة من الحمض اللبنى وعلى كمية عظيمة من فوسفات الكلس بقدر أربع
 مرات أو خمس زيادة عن بول الاطفال السليمين كما دلت تجارب المعلم

فيتراياضانه بتعاطي مقدار صغيرة جسد امن الفوسفور مع التماذي زمنا
 طو يلاوا امتناع تعاطي الكلس يحصل الراسيتسم واستنتج من هذا الامر
 ان جسد البوليك أو غيره من الحوامض أو بعض الجواهر الغير المعلومة
 يحدث هذه النتيجة عينا ثم ان هذا المرض يعد من امراض الطقولية بل انه
 قد يحصل في اثناء الحياة الرحمة فقد يو جده متقدما جدا عند الولادة (وهذا
 ما يسمى بالر اسيتسم الجنيني أو الراسيتسم الخلقى) والغالب حصول هذا
 المرض في الزمن الذى فيه يستعاض الغذاء اللبنى الجيد بغذاء آخر اقل جودة
 منه أو الذى فيه يكون لبن الام المعطى للطفل غير جيد باستمرار الارضاع
 زمنا طويلا وحمةئذ يكون حصوله نادرا في الاشهر الاول من زمن الرضاعة
 وكثيرا في الاشهر الاخيرة منها ومن النادر جسد حصوله بعد السنة
 الثالثة وأما حصوله بعد السنة الخامسة فيعده من التوارد العظيمة ومع
 ذلك فتوجد أحوال يستدل منها على حصوله قرب البلوغ أو بعده لكنه
 لا يتعدى مطلقا في حصوله زمن تمام الهيكل العظمى والاستعداد للر اسيتسم
 قد يكون وراثيا في بعض العائلات ومع ذلك فكل من الداء الزهري البنى
 والسيل الرئوى بل وكثير من الامراض المختلفة وكذا تقدم من الابوين
 قد يكون ينبؤا لحصول هذا الداء عند الاطفال والغذاء الغير الجيد لهم
 هو ولا يد السبب المتمم للر اسيتسم ولذا لا يشك في ان السرقات المعسدية
 المعوية الناشئة عن التغذية الغير الجيدة من الاسباب المعينة على حصوله
 ولو اننا لا نسترف كل الاعتراف ان هذا النماذج عن كثرة بولاجين
 اللينيك وامتصاصه فان حصول هذا الداء عند الاطفال الجيدى التغذية
 وغير الموجود عندهم اضطرابات هضمية مما يدل على انه يوجد خلاف
 الاسباب المتممة السابق ذكرها أسباب أخرى متممة أيضا لحصول
 الر اسيتسم كالسكنى في الاماكن الرطبة والملابس الغير الجيدة والهوا غير
 الجيد بسبب التراكم العظيم ولذا ان هذا الداء يكثر حصوله جدا في الجهات
 المسكونة بالفقراء من المدن العظيمة زيادة عن الخلاوات

الصفات القشرية

قد لخصن المعلم ورجوف التغيرات الراسيتسمية التي تحصل في الغضار يف

الانتهائية للعظام في انداسيرالراشيتسم بالكيفية الاتية وهي اولاً تاخر خط
التعظم في اطراف العظام واستطالة خط التعضرف ثانياً امتداد تقوييف
القنسة النخاعية ز يادة عن خط التعظم مع استمرار غوالعضاريف
ثالثاً تكون مسافات نخاعية ذات الياف ووجود محال خالية من الترا كبات
الكلسية فيها واما التغيرات التي تحصل في سمحاق العظام المصاينة بالراشيتسم
فهي اولاً عبارة عن زيادة سمك هذا السمحاق وضخامة مع بقاء استمرار
جوهره الشبكي الخلأى وثانياً عدم حصول التعظم في جوهره الشبكي
وثالثاً تكون غضروف في الحالات العظمية نفسها

ثم ان الهيضة العظمية للعظام المعتر بها الراشيتسم وانتفاخ الاطراف
العظمية يوجهان بسهولة بنمو وانتفاخ السمحاق العظمي وغضاريف
الاطراف العظمية وكون هذه الاطراف خاسلاً فيها الانتفاخ مع عدم
استبطالها انما ينتج تبعاً لغير وجود جوف من كون غمها وضخامتها لا يحصلان
بالعرض بل ينتج عن كون الطبقة الواقعة في الغضامة من الغضروف
الانتهائي تندفع الى الجانبين بسبب الضغط الواقع عليها والجذب العضلي
وأما احواج العظام الراشيتسمية فانما ينتج عن تقوسها وانحنائها وذلك
يحصل بكثرة في الاطراف العظمية وفي متصل الغضاريف بالعظام وفي جسم
العظام أيضاً في العظام الطويلة يظهر ان الانحناءات العظمية قربة من
جسم العظم وفي كثير من الاحوال يظهر الصدر تغرطاً من الجانبين
وقديصل ذلك الى درجة بحيث يصير مقعر ابدلاً عن تحدبه من الظاهر وتوجه
هذه الظاهرة بتناقض مقاومة الاضلاع المرنة بالنسبة لا يجذباها بالعضلات
الشهيقية وبما انضغط الظاهر ومع ذلك يحصل بروز في القوس من وكرهه يعده
عن العمود الفقري وهذا ما يسمى بصدر الدجاجة بتناقض مقاومة بعض
ال فقرات تحصل تقوسات في العمود الفقري اما الى الخارج أو الى الداخل
وكذا يحصل في انحناء العظام الخوضية في مجال انحناءات تشوهات
عظمية في شكل الخوض مهمة بالنسبة لفر القباله واكثرها حصولاً
الشكل الراشيتسمي الخوض الممحبوب بقصر في القطر المقدم الخلفي أو
الجانبى وفي احوال الانحناءات العظمية تكون العظام مقوسة في السطح

المجتمعة منها وأما في سطحها المقعر فتكون زواياها والهيكل الخاصة للعظم
 فلما ينحني تكون ضيقة في محل الانحناء كالرشة المنحنية ثم تتسدف فيما بعد بتكون
 الدشبذ وكذا لا يندر حصول كسور تامة في العظام المصابة وأما الاطراف
 العظمية فإن بقاءها متصلة بالعظام إنما يوجه بعظم صلابته السمحاق المتفتح
 انتفاخا مضميا وكذا العظام الجمجمة يكون الشعظم في حافاتها بطيشا ولذا
 ان اليوافج العظمية التي تنسد عادة في انتهاء السنة الاولى وابتداء الثانية
 توجد غير مسددة في السنة الثانية بل والثالثة كما انها تكون عظيمة جسدا في
 أحوال الاستسقاء الدماغى وأما عظام الوجه فإنها تبقى صغيرة ولذا لا يكون
 بين اتساعه تناسب مع حجم الجمجمة ومن المهم معرفته رقة العظام المؤخرية
 التي شرحتها ابتداء الزير وكذا رقة الاجزاء الخلفية من العظمين الجدارين
 (و يعبر عنه بضمور الجمجمة الخلقى) وهذه الظاهرة من العلامات
 الابتداءية للراشيتسم عند الرضع وتنشأ عن تأثير الضغط الواقع على
 القحف من الدماغ من جهة ومن الوسائد من جهة أخرى بسبب كثرة
 استقامتهم على الظهر وتحصل هذه الظاهرة غيبتها في الفك السفلى بحيث
 كثير اما ثم يقب جدر الاسنخ المقدمة بواسطة اسنان اللبن فان أخذ داء
 الراشيتسم في الشدة انزال استفاخ الاطراف المفصلية وصارت العظام الرقيقة
 صلبة مندرجة بواسطة التراكمات الكلسية فيموت عظمها وأما تقوسات
 الاطراف فلا يحصل فيها الاتعادل قليل بحيث انه في الاحوال المتقدمة
 من هذا المرض تستمر التشوهات ولو أنها تختفي قليلا فيما بعد عقب تحسين
 التغذية وتكون طبقة ضخمة سمكية أسفل الجلد وأما نظم التولدات
 الضرورية للاطراف العظمية فإنه يحصل بسرعة حصولا تاما عقب شفاء
 هذا المرض وذلك مما يعوق نمو العظام طولا ولذا ان الاشخاص الذين اعتراهم
 داء الراشيتسم الممتد جدا يكونون صغار الجسم بل قد يكونون ضئيلي الجسم
 وأما ان كان بعض العظام مصابا دون غيره نشأ عن ذلك تشوه وعدم تناسب
 في الاعضاء عقب الشفاء بسبب اختلاف النمو فيهما والمهم جدا بالنسبة للجسم
 الشخص ليس قصره ولا تقوس الاطراف بل هو انحناء العمود الفقري
 والصدر والحوض وحيث ان كلامنا التذاري واليوافج الجمجمة يبقى

مفتوح بحيث يزداد متسع تجويف الجسم فالتفخاخ دون باقي الاعضاء
يصل حجمه الطبيعي أو يقباضه عقب حصول احتقان تابس فيسه
أو استسقاء ولذا انه يشاهد عند الاطفال الذين يصابون بالراشيتسم بسرعة
تشوه عظيم وهو عبارة عن ازدياد حجم الجسم بمسمة مع صغر في متسع الوجه
وضمور في الجسم

الاعراض والسير

الاعراض الخاصة ببدء الراشيتسم تكاد تسبق دائما في ظهر هذا المرض
في الاشهر الاول من الحياة بانضرابات هضمية تكون ذات حضية معدية
وظواهر نزلية معدية معوية مع استفرافات سفلية مخضرة في الابتداء ثم
تصير مائية غزيرة بحيث يسوغ ولا بد اعتبار هذا الشكل من النزلة المعدية
المعوية المزمنة المعروفة بالسعال الطفلي من العلامات السابقة للراشيتسم
بل وقد ذكرنا فيما تقدم طبقات بعض النظريات المعول عليها ان
التكون الحمضي المعدني غير الطبيعي يعتبر ينبوعا لهذا الداء والمرض
الاول الذي يطرأ بعد الاسهال هو زيادة الحساسية في الاطراف التي تبضع
عند احداث حركات متعددة أو قاصرة بل وعند الضغط الظاهري وهذه
الظاهرة تسبب لا بد لتنجيم السمعي والتكون الوعائي فيه وقد شرح المعلم
استيل حالة الاطفال المصابة بهذا الداء شرحا جيدا فقال ان مثل هؤلاء
الاطفال يفقدون الرغبة في الحركات الارادية ويبقون في حالة استلقاء
واطرافهم الدقيقة منبسطة وعند فتح يديهم أو ثقلهم من محل الى
آخر يصيحون وينضم لتلك الظواهر اتفخاخ في الاطراف العظمية ويتضح
ذلك خصوصا في المفاصل غير المغطاة باجزاء رخوة سميكه كالكفين
والمرفين البارزين في الحالة الطبيعية بمعنى ان الاتفخاخ يكون واضحا في
طرف السكبرة والزند والقصبة والشفية وفي محل اتصال الاضلاع
بالغضاريف وثمن الاطراف العظمية يعقبه تضيق في الخط المفصلي لمفصل
اليد والقدم وان اتضح الراشيتسم في الزمن الذي فيه لم تكن الاطفال
قد ابتدأت في المشي أو صار منها عنه عندا صابته بقيت مصانة عن حصول
تقوسات عظمية ومن ذلك يستنتج أن انحناء العظام الراشيتسمية انما ينشأ عن

الضغط الواقع عليها من الجسم أو من جذب العضلات وإن لم يمنع الاطفال
من المشي جعلت الانحناءات العظمية فتكتسب هيئة شبيهة بالسيف وأما
الاطفال الذين يرتكنون على الركبتين أو زحفون على الارض فإن انحناء
العظام فيهم يحصل في اتجاه معضاد لذلك مع انحناء الركبتين الى الانسية وكذا
الزحف على الارض الذي يحتاج للارتكنا على اليدين والذراعين قد ينجم
عنه انحناء في الاطراف العليا وأما ~~ك~~تساب الصدر لشكل مشابه لصدر
البجاجة فقد سبق توحيده والاطفال التي تصاب في السنة الاولى من الحياة
بالراشيتزم هي التي تنضج فيها الضمور الجمجمة وفي هذه الحالة يصير
القوس صدري رقيقا في قوام ~~ك~~قوام الرق عند الضغط عليه وقد ينضم
الجوهر العظمي بالكليبة بحيث إن الام الحافية تلامس السهماق العظمي
وأما تحريك الرأس بحركة استدارية وخفة الشعر في الجهة المعجدة من
الرأس والنوم المضطرب ونوب تشنيم المزمار والتشنجات العمومية وغيرها من
ظواهر اضطراب الوظائف الدماغية التي تشاهد بكثرة عند الاطفال
فمن المشكوك فيه ان كانت تلك الظواهر ناتجة عن ضمور الجوهر العظمي
الجمجمي أو تعذر من الظواهر المضاعفة لها والضغط الخفيف على الاجزاء
اللينة من الدماغ يهدها اغلب الاطفال لكنه يحدث عند بعضهم نوبا
تشبهية ولتذكر ايضا ان النزلات الشعبية المزممة من المضاعفات الكثيرة
للراشيتزم في السنين الاول من الحياة بحيث ان فقدها يعتبر من
لاستثنائات والاسنان يتأخر ظهورها ان ظهر هذا المرض قبل التسنين
وغالب يكون ظهورها ليس بانتظام وكبر اتمام في عليهم السنة الاولى قبل
ظهور الزوج الاول من الاسنان وبالحمله تنبه على ان الوظائف العقلية
عند الاطفال المصابة بالراشيتزم لا يعترها تغير بل يقال عموما ان عقلاتهم
اجود من غيرهم ثم ان الراشيتزم مرض من قيمته بجملة أشهر بل
سنين وفي الغالب يشاهد في سيره تغيرات عديدة بحيث انه بعد حصول
التحسين في الحالة العامة للاطفال تطرأ اضطرابات هضمية ثانيا ويعود
الاسهال وتزداد الحفاقة وزداد أيضا تنفخ البطن الطلي ويتضح خصوصا
مع دقة الاطراف وانخفاض الصدر ولا ينسدر حصول حركات حية في أثناء

سير هذا المرض يحصل عنها وعن الاسهال والعرق الغزير بالانتهاء المخزون مع
 التوركة وزيادة عن ذلك يحصل مضاعفات أخرى هلكة من جهة الاعضاء
 الصدرية كالالتهابات الشعبية والحبوط الرئوية والالتهابات الشعبية الرئوية
 وهذه تكون كثيرة الخطر بسبب عدم تمام غموا التجويف الصدري وقد يحصل
 الموت عقب اضطرابات دماغية ثقيلة كالنشجات الاكلابية وانه حصل
 الانتهاء بالشفاء كما هو الغالب زالت الاضطرابات الحوضية وازداد غموا الجسم
 وتفرط طبع البطن وتقدم غموا الاسنان وزالت رخاوة العظام بل تكسب
 صلابة عظيمة ثم ان الصفة المرضية لاراشيتس تختلف كثيرا اتي
 اصاب هذا المرض طفلا بعد السنة الثانية من الحياة فانه عندهم لا تسبق
 اعراض التزلات المعديت والفاقة العامة ظواهر هذا المرض فالاطفال
 يوجد عندهم حالة هضم طبيعية وتكون جيدة التغذية كما وانه يفقد عندهم
 الاحساس بالنالم الذي يحصل من الحركات المتعدية والقصرة وانما عند المشي
 بدون احتراس يشكون بالالم ويتعبون بسرعة كما وانه عند الاطفال الذين
 يصابون بهذا الداء بعد السنة الثانية او الثالثة تبقى الاضلاع والفقرات مصانة
 غالبا ويكون التشوه عندهم قاصرا على الاطراف فيحصل فيها انحناء وتقرس
 لا يكون انحناءها على الذراع واحدا فتارة يكون انحناء العظام عبارة عن
 ازدياد في انحنائها الطبيعي وتارة يكون انحناءها في انحناء آخر ولا يمكن
 توجيه ذلك ولا يندران يعني الفخذان نحو الوحشية والساقان نحو الانسية
 ويكون مشي الاطفال غير أكيد مضطربا وغالبا يمشي زمن طويل الى
 ان يمتد هذا الداء الى جميع عظام الهيكل ويشاهد بكثرة ان حصول هذا
 الامتداد يكون بكيفية منتظمة فتصاب الساقان أولا ثم الفخذان ثم
 الساعدان ثم العضدان ثم عظام الجذع ويستمر انحناء الاطراف السفلى
 ولو كان زوال هذا المرض سر يعاوى الاحوال الثقيلة تستمر تلك الانحناءات
 والتشوهات وبها يحصل اضطراب عظيم في باقي الوظائف وفي بعض الاحوال
 الخفيفة من هذا الداء يبقى التغيير المرضي قاصرا على بعض عظام الجسم
 والصدر والاطراف العليا والسفلى ونحو ذلك بل ان تغيرات الشكل الخفيفة
 في الهيكل لا يندران تزول بشمو العظام ثانيا

في معالجة الحسنة

قد اتفق اغلب المؤلفين على ان الامر المهم في معالجة هذا الداء سواء كان بالنسبة لتجنب حصوله أو شفاؤه هو تنظيم التدبير الغذائي فالاطفال الرضع ينبغي تغذيتهم الى التسنين الاول اعني الى الثمر السادس تقريرا بلبن الام الجيد ويعطى لهم بعد هذا الزمن امرأق جيدة أو البيض الطري أو اللحم المشوي قليلا أو النخالة أو المطبوخ بالهون ولا ينبغي ان تجاوز الرضاعة من لبن الام زيادة عن تسعة اشهر الى سنة كاملة واما في الاحوال التي فيها لا يتيسر وجود لبن ام أو مرضعة ينبغي ولا بد اعطاء جوهر غذائي يحل محله لكن ان يختار الجوهر الغذائي المذكور ليس متفقا عليه فبعض اطباء يفضل لبن الابقار المضاف اليه الماء وقليل من المايز بالاجل ازالة حمضه وبعضهم يفضل الدقيق اللين للعلم لسئل والبعض الآخر يفضل شورية الماعز لبيع وغيرهم يفضل لبن المراكز بالضغط وهذا الاختلاف في التغذية بل احدى هذه الوسائط الغذائية عن الاخرى يدل ولا بد على ان كلامنا غير مطرد الافضل دائما بل الذي يجب هو عدم الاستمرار على استعمال احدهما دون الاخرى بل يصير الانتقال لجوهر غذائي آخر متى ابي الطفل قبول الاول وقد ثبت العلم بظهور ان الجبنين المتحصل من لبن الام يختلف في تركيبه الكيماوي عن المتحصل من لبن الابقار واستنتج من ذلك ان هناك فرقا عظيما بين لبن الامهات والابقار وان هذا الاختلاف مجرد تخفيفه بالماء لا يعوض الاول وقد اختار المعلم المذكور تبعا لتجربته ان الواسطة الغذائية الجيدة المعوضة للبن الامهات هي المخلوط القشطي المتحصل من ثمن لتر من القشدة الحسنة وثلاثة اثمان من الماء المغلي ونخسة عشر حراما من سكر البن في هذا المخلوط توجد كمية كافية من مواد هنية واملاح وسكر ولا يوجد فيه من الجبنين الا جزء قليل اعني واحد في المائة وهذا المقدار هو الذي يمكن هضمه معدة الاطفال له في الحالة الطبيعية فيبدأ اثمان هذا المخلوط ثم يعوض بمخلوط غيره متى ازداد احتياج الطفل لقوة التغذية فيضاف للمخلوط اثنان زيادة عما في الاول جزء من ١٦ من لتر من لبن وفي المخلوط الثالث جزء من ٨

من اللزوي الرابع جزء من ٤ من اللزوي الخامس ٣ من ٨ من اللزوي
المحلول السادس وهو الأكثر تركا فانه يحتوي على ١ من ٣ من اللزوي
د ١ من ٤ من الماء ١٠ و جوام من سكر اللين

ومن المهم جدا في معالجة الراشيتسم مضاربة الاضطرابات المعدية المعوية
التي تسبق ظهور التغيرات العظمية غالباً بل على رأى كثير من المؤلفين ان
بينها وبين السبب الاصل لهذا المرض ارتباطا عظيما حيث يقال ان
سبب هذا المرض هو ازدياد التكون الحضي في الاغضاء الحضوية ومع
هذا كله فالحيل معالجة التزلات المعدية على ما ذكرناه في الجزء الاول
وفقد المادة السكسية في الجوهر العظمي الجديد التكوين عند الاطفال
المصابين بالراشيتسم ادى لاستعمال السكس من الباطن بقصد مساعدة
انحام العظم ولذا يعطى مثل هؤلاء الاطفال كبريتات الكلس أو ماء السكس
(بقدر ملعقة شاي أو شوربة) بجملة مرات في اليوم مع اللبن لاجل عدم انتشار
حمض السكر بونيك في المعاء لئلا يمكن اعتبار السكس دواء لا واسطياً
الا في الحالة التي فيها يعتبر حمض السكس سبباً اصلياً لهذا الداء وذلك
لا يجوز القول به ومع هذا فلا بد من اعطائه ولو بقصد تعادل الحوامض
المحتوية عليها المعدة والمعاء وفي جميع الاحوال التي لا توجد فيها
مضاعفات مهمة فمنع من استعمال الادوية المعوية ينبغي ولا بد الاضراء
بأستعمالها فيعطى مثل هؤلاء الاطفال مركب حديدى خفيف ولو مع
وجود اسهال قليل مع اعطائهم ملاحق قابلية من النسيج الماطيف كنبية
التوكبرينينا والبرجونين ولا سيما من زيت السمك الممدوح بكثرة في هذا
المرض ويعطى منه ملعقة شاي أو شوربة مرة أو مرتين في اليوم ما لم تمنع من
استعماله حالة المعدة وكذا الحمامات الفائرة البسيطة أو الحمية لها تأثير جيد
في سير هذا المرض فينبغى الاجتهاد في استعمالها ونحن نستعمل زيادة عن
ذلك بكثرة في مثل هذه الاحوال الجسامات الحديدية الصناعية مع مضوق
في كبريتات الصودا وتحت ترات البرموت لاجل إيقاف الاسهال وتعادل
الحوامض المعدية

واما المعالجة العرضية فتبايتها حفظ الاطفال من تقوس عظامهم وتعديل

ما تشأ من التقوسات فالغاية الاولى الحصول عليها سهلي والوسائل التي ينال بها ذلك عبارة عن ميانة العظام اللينة القليلة المقاومة من ضغط الجسم الواقع عليها ومن جذب العضلات والمؤثرات الظاهرية كما ذكرناه في الكلام على انحناء العظام وتقوسها فالاعمال المصانون بالراشيتسم لا ينبغي نومهم على اسرة مرنة بل على مراتب قيام لابة بقطع النظر عن حشوها بل المهم في ذلك كونها محشوة حشوا جيدا وسطحها مستويا وينبغي مسح ذلك تجنب الوسائل المرتفعة ومن المهم جدا في الفصل المعتدل ارسال الاطفال لرياضة في الهواء المطلق والاجواد ان يكونوا طر وحين في غربانهم المسطحة المبطنة جيدا مع اجتناب جالسهم في الفراش زمن سطو بلا حتى تصلب عظامهم ولا سيما منهم بالسكية من الاجتهاد في توقيفهم على الاقدام او مشيهم وان حصلت مع ذلك تقوسات في العظام وجب ارسالهم الى الاماكن المعدة لتعديل العظام المستعمل فيها جميع الطرق اللازمة لذلك والتي فيها يلتفت بالخصوص لمرعاة حالة البنية العامة

المبحث السادس في لين العظام

بكيفية الظهور والاسباب

هذا الداء عبارة عن لين يعتري العظام بعد تصلبها لان الاملاح العظمية التي تكسب العظام صلابتها تهل وتمتص ومن هذا التعريف يتضح تمييز لين العظام عن الراشيتسم الذي فيه لا تزول الاملاح العظمية من العظام بل يمنع تراكمها في الاجزاء الغضروفية والسمحاقية من العظام (فحينئذ يسوغ تعريف الراشيتسم بوقوف تصلب العظام عكسا للينها) والاسباب الاساسية لانحلال الاملاح العظمية وامتصاصها في هذا الداء غير واضحة والنظريات القائلة بان السبب في ذلك هو ظهور ملاح سائبة في النخاع العظمي بها تهل الاملاح المذكورة مقول بها من كثير من المؤلفين ففي ذلك يكون احتقان العظام المصاحب لهذا الداء هو السبب في ترايدته كون الجسم في النخاع العظمي كما يحصل ذلك في جوهر الطحال المشابه لنخاع العظمي حيث انه فيه ينشأ عن الاحوال التهرجية حوامض عضوية بكمية عظيمة ولا سيما ان كثير من المؤلفين وجد

الحض البنى في العظام فعلى ذلك يقال ان بشأثيره تهل الاملاح الكلسية
وتذوب ومع ذلك فبعض المؤلفين ينكرو وجود هذا الحض في العظام
دائما ورأى ورجوف القائل بان لين العظام من الجائزان يصكون من
نوع الالتهابات الجوهرية التي فيها لا يحصل نضج خلأى بل ان الاضطرابات
الغذائية الالتهابية تحصل في نفس العظام من العملية المكونة للعضو
بظهرانه قريب من العقل ومما يرتكن اليه في ذلك ثلاثى العظام اللينة
واضعلا لها وهشاشتها وحاتم الاسفنجية الخلائية المشابهة للتغيرات التي
تحصل في العظام عند التهابها وكثرة وقوع هذا الدالى النفاس وابتدائه
عقب الوضع بالحوض وكذا الالام الشديدة التي يصطب بها لين العظام
ولين العظام مرض نادر جدا فلا يشاهد بكثرة الا في بعض البقاع ووجوده
بالخصوص في النساء واسبابه المتمة بجهولة وانما الذى نعلمه ان علاماته
الابتدائية تكون بعد النفاس بحيث ان كلام الجلل والنفاس يعتبر
من اسباب هذا المرض ولا يكاد يشاهد في الاطفال الى سن الخمس
عشرة سنة واكثر مشاهدته ما بين الخمس والاعشرين الى الاربعين
سنة واما الاحوال التي شوهدت عند المتقدمين في السن فيشكل في كونها من
قبيل هذا الداء او من ضمور العظام الشديدي

والصفات التشرىحية

العظام اللينة تظهر في الادوار الابتدائية لهذا المرض محتقنة والسمحاق
كثير الدم والادوية النافذة في العظام ممتدة ممتلئة بالدم وكذا
النضاع العظمى يكون كثيرا احتقان بل كدميا والظام تصير كثيرة
الهشاشة والاسام بسبب ثلاثى الاملاح الكلسية والحواجز الخلائية ثلاثى
في الجوهر الاسفنجي وحيد ثم تختلط المسافات الخلوية النضاعية ببعضها
فتتسع النجا ويرى النضاعية في العظام الطويلة بل والجوهر العشري
الصلب تنظم فيه القنوات الوعائية وتكون هالات تنغم لبعضها
فيستحيل هذا الجوهر الى منسوج خلأى اسفنجي وفي الدرجات المتقدمة
من هذا الداء يكون الجوهر العظمى الرخوالين عبارة عن السمحاق
والنضاع مع بقايا عضوية متفروية منه والنضاع العظمى الذي يكون في

الابتداء كثير الدم الاحمر اذا كن يظهر في الادوار الاخيرة مصغرا كثير
 الشحم ثم يستحيل الى ماد فقروية مخاطية وهناك احوال من لين
 العظام يسبق فيها هذا الداء قاصر اعلى بعض العظام سيما الخوض
 والعمود الفقري وفي احوال اخرى يمتد هذا الداء الى جميع عظام الهيكل
 فقر يبا ومع ذلك لا يكاد يصيب عظام الجبهة ولا يندر حصول كسور في
 العظام اللينة فينلفها مفاصل كاذبة بسبب عدم تكون الدشبذ وكذا
 تحصل المنحآت في الجذع والاطراف بسبب سهولة تقوس العظام ربما
 تحدث درجة عظيمة من التشوه وكذلك قبل الرأس قد يحصل
 تقوس زاوي في الجزء العنقي من العمود الفقري والانحناء العظيم الذي يحصل
 في الجزء الصدرى والاضلاع ينتج عنه تشوه عظيم في هذا التجويف
 بل وتضيق في منسج صدره واما الخوض فيكاد يحصل فيه تضيق
 بسبب انضغاطه الجانبي بواسطة منقطع الانفاذ بدرجة فيها تسلسل
 القروع العناية الاسفنجية وتبرز نحو الامام كشكل عرف الديك
 وكذا العظم الهزى قد يحصل فيه تقوس نحو الخوض

الاعراض والسير

اعراض لين العظام الابتدائية هي الالام الثابتة الممزقة التي يجلسها العظام
 المريضة وهذه الالام تتلطف عادة بالاستراحة وتزداد بالحركات والضغط
 الظاهري وقد تكون هذه الالام التي تعسير عادة روماتيزمية مصحوبة في
 بعض الاحوال بحمى متردة أو متقطعة وقد شوهد في كثير من الاحوال
 ازدياد الاملاح الكلسية في البول الناتج عن انفصال الكلس من العظام
 المريضة وانغذافه مع البول ومع ذلك فهذا الازدياد ليس من الظواهر
 الدائمة في هذا الداء وحيت ان التغيير المرضي العظيم يقف تارة ويتقدم
 تارة أخرى فمن الجائز ان ازدياد هذه الاملاح القوسماتية الكلسية في البول
 يكون وقتيا أى في زمن تقدم المرض وقال بعضهم ان هذه الاملاح قد تخرج
 أيضا مع اللعاب والابن وقد ثبت في بعض الاحوال وجود حمض اليمينيك في
 البول بندرة والمصابون بهذا الداء يصيروهم مختلفا ثم فيما بعد تصير كل
 حركة مؤلمة للريض بحيث ان اغلبهم يخشى من فراق الفراش وينضم لهذه

الآلام كسور متعددة في العظام ينشأ عنها الشفاء بها بدسبب دسبب كما وأنه ينضم
لهذه الآلام تقوسات وتشوهات عظمية مختلفة تحصل في الجذع والأطراف
ويكون حصولها من أسباب بادية مختلفة وقد تكون الحالة الغذائية
العامية غير موافقة لحالة الآلام والتشوهات وفي أحوال أخرى تضطرب الحالة
العامية في الابتداء فتكون هيئة المرضى ضعيفة منهوكة ومن النادر أن
ينتهي لين العظام بالشفاء بل يكاد غالباً يكون ذاسيراً أخسفاً في التقدم دائماً
ولأنه يوجد فيه قتران وقوف واضح ومن المعلوم أن كلاماً من الجمل والوضع
يحدث نتائجاً واضحة في هذا الداء وحصول الموت في غالب الأحوال يكون
بعد جملة سنين مع الانحطاط والهوكة واضطراب في التنفس والدورة وقد
يكون هلاك النساء بعد الوضع المتكرر وازداد صعوبة بتقدم هذا الداء
عقب فعل العملية القيصرية

﴿المعالجة﴾

الوسائل العلاجية النظرية الموصى بها في لين العظام هي خفض الفوسفوريك
وماء الجير وزيت كبدا الحوت والمركبات الحدية وإن لم تجدد فمعاظيما
في الطب العملي ولذا أننا تقتصر في هذا الداء القديم الشفاء على الوسائل
التدبيرية المصيبة وعلى الوسائل المانعة لحصوله ولقد استحق اللوم العظيم
كل طبيب يعمل في إيقاظ المرضى المصابين بهذا الداء بأنه مع تكرار الحمل
يزداد تقدم هذا الداء وتتعمق الولادة بالكلية أخيراً النصيحة بتسريحه التوقي
من وقوع المرضى في الخطر ويحصل على كتساب ثمره النصيحة

الى هنا انتهى الجزء الثالث من وسائل الإتيان ويليه الجزء الرابع وأوله
المقالة الرابعة

بيان الخطأ والصواب الواقع في هذا الكتاب

خطأ	صواب	مصحفة	سطر
لدم	الدم	٣	٢١
بنفسه	نفسه	٥٠	١٠
أعلى	على	٥٠	٢٠
المحدود	المحدود	٥١	١٣
البنائية	البنائية	٥١	١٨
الدرجة	لدرجة	٥٣	٩
طول	طويل	٥٣	١٣
واصول	ومول	٥٤	١١
الاي	الذي	٧٥	٦
اطرف	طرف	٩٠	٦
نقباض	انقباض	٩٥	١٥
لمحتوية	المحتوية	٩٥	١٨
اما المعالجة	اما المعالجة	١٠٤	١٨
اعلى ذكر	على ذكر	١٠٥	٢٤
الطيفة	اللطيفة	١٠٦	١٤
اراد وساءهم الزنا	أرادوا الزنا	١١٧	١٩
لعموم	العموم	١٢٢	١٤
لالتبايات	الاتبايات	١٣٦	١
كثر	إكثر	١٣٦	٦١
لدورية	الدورية	١٤٧	٢٦
أورم	ورم	١٥٤	٤
لرحم	الرحم	١٥٤	٢٢
(نحنا آن	إنحنا آن	١٥٦	١٢
الورم	الورم	١٦٧	٢١

خطاء	صواب	مصحفة	سطر
الرسائل	الوسائط	١٩٤	١١
افنوضي	قيومي	١٨٤	١٦
المحرك	المحرك	١٩٨	٢٢
لا اتحادهما	ولا اتحادهما	٢٢٤	٧
السخنة	السخنة	٤١٩	٤
اخزى	اخز وكذا ما ضاهاه	٤٣٠	٩
الخصوص	الخصوص	٤٢٤	١٨
الموات	الموترات	٤٣٩	١٩
مرض	مرضى	٤٤٨	٢
علامة لهذا وهو التوقيفية	من اعراض هذا	٤٤١	١
للنسيم	للتشجيع	٤٨٩	٢٧
الاستقائي	الاستقبائي	٥٢٠	١٩
ابنييا	البنيا	٥٧١	١٣
بالفاظ	بالفاظ	٦٦٠	٧
انسكابات	انسكابات	٦٦٦	١٢

